

**ANEXO N**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
MARINHA DO BRASIL  
CENTRO TECNOLÓGICO DA MARINHA EM SÃO PAULO**

**TABELA REFERENCIAL PARA PROCEDIMENTOS HOSPITALARES - (TRH - CTMSP)**

**CAPÍTULO I - Lista referencial para diárias, taxas, materiais, dietas e instruções gerais do CTMSP.**

<b>SERVIÇOS HOSPITALARES</b>	<b>Valor (R\$)</b>
<b>DIARIAS</b>	
Apartamento	R\$ 562,00
Enfermaria	R\$ 397,97
Berçário	R\$ 217,06
Hospital dia - apartamento	R\$ 267,00
Hospital dia - enfermaria	R\$ 267,00
UTI (geral, pediátrica, neonatal)	R\$ 1.062,13
Isolamento não UTI	R\$ 678,46
Isolamento UTI	R\$ 1.314,74
<b>TX SALA</b>	
Porte 0 - pequena cirurgia	R\$ 172,95
Porte 1 - pequena cirurgia	R\$ 240,58
Porte 2 - média cirurgia	R\$ 351,00
Porte 3 - média cirurgia.	R\$ 527,54
Porte 4 - grande cirurgia	R\$ 597,48
Porte 5 - grande cirurgia	R\$ 722,30
Porte 6 - especial	R\$ 821,59
Porte 7 e 8 - especial	R\$ 1.045,36
Sala pré parto	R\$ 63,60
Pronto Socorro	R\$ 215,47
Sala de Gesso/enfaixamento	R\$ 106,72
Observação Pronto Socorro (até 6h)	R\$ 119,84
Hora subsequente	Fração R\$ 19,97/hora
Recuperação Pós anestésica	R\$ 112,09
Sala de Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 180,00
Sala de Hemodinâmica	R\$ 405,32

Sala de Colonoscopia	R\$ 200,14
Quimioterapia	R\$ 212,22
<b>GASES</b>	
Ar comprimido por hora ou fração	R\$ 20,01
Gás Carbônico por hora ou fração	R\$ 58,95
Óxido Nitroso (protóxido azoto) por hora ou fração	R\$ 64,15
Instalação de Tenda de O2	R\$ 26,78
Inalação (sessão)	R\$ 36,05
Nebulização (sessão)	R\$ 34,74
Nitrogênio – hora	R\$ 63,14
Óxido Nítrico - hora	R\$ 76,33
Oxigênio – hora	R\$ 37,87
Gás Hexafluoreto de Enxofre	R\$ 77,68
<b>TAXAS DE SERVIÇOS</b>	
Refeição de acompanhante – Almoço ou Jantar	R\$ 27,27
Refeição de acompanhante – Café da manhã/tarde	R\$ 13,88
<b>TX EQUIPAMENTOS</b>	
Aspirador (dia)*	R\$ 39,69
Artroscópio	R\$ 533,77
Balão intra-aórtico (dia)	R\$ 284,25
Bisturi elétrico – Incluso caneta e placa de bisturi *	R\$ 86,63
Bomba de infusão (fora do CC e UTI, não remunerado para manter veia. Somente para medicamentos com indicação formal de BI) por dia*	R\$ 156,95
Bomba de sucção contínua (hora)	R\$ 12,26
Craneótomo/Trépano (uso)	R\$ 372,44
Criocaltério (uso)	R\$ 75,56
Colchão água ou de ar (uso) , somente para pacientes com indicação verificada.	R\$ 58,01
Colchão térmico (dia) (casos excepcionais, crianças e idosos)	R\$ 114,16
Colonoscópio	R\$ 124,37
Desfibrilador/Cardioversor (fora da UTI/Centro cirúrgico) (uso/horários diferentes)	R\$ 80,42
Endoscópio (uso)	R\$ 181,45
Equipamento Vídeo Laparoscópio – diagnóstico e cirúrgico	R\$ 497,49
Equipamento Vídeo Histeroscópio – diagnóstico e cirúrgico	R\$ 318,23
Equipamento Vídeo Ureteroscópio – diagnóstico e cirúrgico	R\$ 359,37
Fonte de Luz (uso)*	R\$ 16,07
Garrote pneumático (uso)	R\$ 53,85
Intensificador de imagem/Arco cirúrgico (uso)	R\$ 340,36
Laser (uso)	R\$ 441,60
Lupa Cirúrgica / Fotóforo (dia)	R\$ 35,33
Lipoaspirador (uso)	R\$ 191,27
Manta térmica (casos excepcionais, crianças, idosos e cirurgias com alto tempo cirúrgico) (dia)	R\$ 98,89

Marcapasso temporário (instalação)	R\$ 129,78
Marcapasso temporário (por dia subsequente)	R\$ 95,42
Microscópio cirúrgico, de qualquer modelo (uso)	R\$ 260,68
Monitor cardíaco – fora do centro cirúrgico e unidades fechadas (dia)	R\$ 89,34
Monitor fetal – sala de parto	R\$ 160,57
Monitor para Cateter Swan Granz (débito cardíaco) (dia)	R\$ 236,80
Monitor para pressão intracraniana (dia)	R\$ 203,40
Monitor de pressão invasiva (dia) *	R\$ 193,96
Monitor de pressão não invasiva (dia) *	R\$ 184,86
Oxímetro de pulso - fora do centro cirúrgico e UTI (dia)	R\$ 34,49
Perfurador elétrico (uso)	R\$ 100,00
Quadro Balcâmico (dia)	R\$ 47,70
RX na sala cirúrgica	R\$ 79,20
Respirador por pressão (dia) fora do Centro Cirúrgico e UTI	R\$ 220,89
Respirador por volume (dia) fora do Centro Cirúrgico e UTI	R\$ 339,98
Serra cirúrgica (uso)	R\$ 109,82
Tração esquelética (dia)	R\$ 45,87
(*) Quando o serviço for prestado em regime ambulatorial e/ou fora das salas específicas.	

#### **REMOÇÕES:**

Ambulância Tipo B:

Item	Tipo de serviço	Valores (R\$)
1	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)	R\$ 230,00
2	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta)	R\$ 400,00
3	Km rodado	R\$ 5,50
4	Hora Parada	R\$ 150,00

Ambulância Tipo D:

Item	Tipo de serviço	Valores (R\$)
1	Adulto (ida)Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida)	R\$ 818,00
2	Adulto, Pediátrica/Neonatal (ida e volta)	R\$ 1.510,83
3	Km rodado	R\$ 9,00
4	Hora Parada	R\$ 180,00

### **TABELA DE REABILITAÇÃO E TERAPIAS**

Fisioterapia Motora -	R\$ 48,50
Fisioterapia Respiratória -	R\$ 49,00
Fisioterapia Motora (atendimento domiciliar) -	R\$ 68,25
Fisioterapia Respiratória (atendimento domiciliar) -	R\$ 68,25
Fonoaudiologia (avaliação) -	R\$ 68,90
Fonoaudiologia (sessões) -	R\$ 42,00
Fonoaudiologia (atendimento domiciliar) -	R\$ 78,14
Terapia Ocupacional (consulta/sessões) -	R\$ 68,90
Terapia Ocupacional (atendimento domiciliar) -	R\$ 78,14
Psicologia (sessões) -	R\$ 68,90
Psicologia (visita inicial/atendimento domiciliar) -	R\$ 78,14
Psicologia (sessão/atendimento domiciliar) -	R\$ 78,14
Nutricionista -	R\$ 68,90
Terapias Método ABA -	R\$ 98,75

### **Pacotes de Prestação de Serviços**

- A cobrança do pacote contempla todas as taxas administrativas e de uso de salas, equipamentos e UCO, não podendo ser cobradas concomitantemente.
- Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “conta aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes.
- Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado.
- Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta.
- Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma “aberta” pela tabela acordada com a operadora
- O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição.

Número - CÓD	PACOTES	VALORES
1 - 40201120	Endoscopia digestiva alta  *estão inclusos, taxa de sala de procedimento até 01 hora, taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora , todos os equipamentos inerentes ao procedimento, gasoterapia, serviços de enfermagem, todos os materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento, inclusive OPME, honorários médicos do	R\$ 655,80

	endoscopista.	
2 - 40202615	<p>Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de urease</p> <p>*estão inclusos, taxa de sala de procedimento até 01 hora, taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora , todos os equipamentos inerentes ao procedimento, gasoterapia, serviços de enfermagem, todos os materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento, inclusive OPME, honorários médicos do endoscopista.</p>	R\$ 797,40
3 - 40201082	<p>Colonoscopia(incluir a retossigmoidoscopia)</p> <p>*estão inclusos, taxa de sala de procedimento até 01 hora, taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora , todos os equipamentos inerentes ao procedimento, gasoterapia, serviços de enfermagem, todos os materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento, inclusive OPME, honorários médicos.</p>	R\$ 753,50
4 - 40202542	<p>Polipectomia de Cólon</p> <p>*inclui taxas, material e medicamentos, inclui 1 pinça de biópsia sem agulha.</p>	R\$ 918,15
5 - 40201155	<p>Histeroscopia diagnóstica</p> <p>*inclui day clinic, OPME, taxas, material e medicamentos.</p>	R\$ 530,56
6 - 30909139	<p>Hemodiálise Aguda (paciente internado), por sessão</p> <p><b>Incluso:</b> Material e medicamento de uso habitual, Taxas (aparelho e enfermagem) e Honorários médico do procedimento.</p> <p><b>Excluso:</b> Intercorrências, OPME, Kit Plasmaferese, Passagem de cateteres e Medicações de alto custo.</p>	R\$ 1.578,94
7 - 30306027	<p>Facoemulsificação com Implante de LIO (Laureat + LIO SNWF)</p> <p>*inclui taxas, material e medicamentos</p>	R\$ 3.423,95
8 - 30304105	<p>Delaminação Corneana com Fotoablação Estromal (LASIK ou TransPRK) – Monocular</p>	R\$ 1.629,99

	*inclui taxas, material e medicamentos	
9 - 30304091	Fotoablação de Superfície Convencional (PRK) – Monocular *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 949,29
10 - 30307147	Tratamento Ocular com Antiangiogênico (Lucentis) *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 4.189,12
11 - 30307147	Tratamento Ocular com Antiangiogênico (Eylia) *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 4.966,08
12 - 30312132	Implante Intra-vítreo de Polímero (Ozurdex) *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 4.630,08
13 - 30304083	Implante de Anel Intra-corneano - Monocular *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 4.200,00
14 - 30304156	Crosslink – Monocular *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 2.674,56
15 - 30301539	Septoplastia *inclui taxas, material e medicamentos	R\$ 3.348,34

### **ODONTOLOGIA**

No caso específico da(s) Clínica(s) Odontológica(s) e cirurgiões-dentistas serão adotados os valores constantes na Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos/2016 (VRPO/2016) estabelecidos pelo Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo (SOESP). Para este tipo de serviço não precederá a cobrança de honorários de protético, materiais e medicamentos, pois estão inclusos nos valores dos procedimentos para contratos de credenciamento.

1. - O critério para autorização da consulta inicial, na periodicidade de 180 (cento e oitenta) dias, aplica-se quando solicitada pela mesma credenciada, para atendimento de um mesmo usuário após conclusão do tratamento;
2. - Nos casos onde fatores como risco individual à cárie, doença periodontal e outras doenças bucais determinarem redução na periodicidade da consulta, caracterizando uma exceção à regra, a Credenciada deve emitir justificativa por meio de relatório odontológico circunstanciado anexado à GAU, para auditoria prévia ao pagamento;
3. - Para as consultas de urgência odontológica, somente serão remunerados os procedimentos que há pertinência na aplicação, tais como:
4. - Nos casos de processos dolorosos agudos, os procedimentos são: incisão e drenagem intra e extraoral de

abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial, pulpotomia, pulpectomia e curativo temporário;

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

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

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

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

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

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

11. - No confronto da avaliação dos planejamentos e tratamentos executados pela CREDENCIADA, uma vez constatadas imprecisões e falhas com necessidades de ajustes, caberá ao auditor (cirurgião-dentista da CREDENCIANTE) a glosa e o retorno do paciente ao cirurgião-dentista credenciado, por meio de comunicação escrita e sigilosa para as providências necessárias. Após correção, ajustes ou trabalho refeito, o usuário deve ser orientado pelo credenciado a retornar para nova avaliação final pela CREDENCIANTE e finalização do processo de auditoria e pagamento. Caso contrário, a GAU permanecerá sem autorização para pagamento e perderá a validade após prazo de vencimento;

12. - Haverá redução de 30% (trinta por cento) nos valores a serem pagos para os serviços odontológicos constantes na Tabela Valores Referencias para Procedimentos Odontológicos nas hipóteses de elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia, procedimento e componente odontológico realizado em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas. O beneficiário do SSM arcará com as despesas correspondentes a aquisição dos materiais odontológicos indispensáveis aos procedimentos citados, diretamente dos prestadores de serviço, despesa essa que não poderá ser implantada no FUSMA.

13. - Quanto à especificação dos procedimentos na GAU, estes deverão ser pertinentes à especialidade/serviços contratados; e

14. - Quando houver necessidade de alterações ou inclusões de procedimentos no plano de tratamento odontológico já iniciado, o cirurgião-dentista credenciado deverá encaminhar nova GAU, incluindo apenas o que foi modificado e um relatório justificando a alteração para análise da auditoria prévia ao pagamento pela CREDENCIANTE. Os procedimentos em duplicidade ou excludentes, após aprovação das alterações no plano de tratamento, serão cancelados na GAU inicial.

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

## **INSTRUÇÕES GERAIS**

### **1. Diárias de Apartamento Standard, Enfermaria, Hospital-Dia, Pronto-Socorro e Berçário**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade.
- b) Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, cozeira e serviços gerais.
- c) Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental.
- d) Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia), incluindo café da manhã do acompanhante.
- e) Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; curativos; aspirações; inalações; controle de sinais vitais; controle de diurese, drenos, aspiração contínua, de balanço hídrico; sondagens; taxa administrativa; transporte de equipamentos (Rx, EC, etc.); mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; prescrição de enfermagem; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- f) Orientação nutricional no momento da alta; Transporte de equipamentos (Raios-X, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc).
- g) Aspirador de secreções.
- h) Taxa de vigilância epidemiológica.
- i) Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas.
- j) Equipamentos de proteção individual (EPI).
- k) Fototerapia até 24 horas, em caso de berçário.
- l) Alimentação após 6 horas, em caso de paciente em pronto-socorro.

### **2. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva / Unidade Coronariana**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

- a) Todos os itens que compõem as diárias normais constantes do item 1, exceto a acomodação de acompanhante.
- b) Monitor cardíaco contínuo, oximetria, taxa de eletrocardiograma, bomba de infusão e nebulização, respirador de volume e pressão.
- c) Desfibrilador.
- d) Aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua);
- e) Gerador de Marcapasso provisório;
- f) Monitorização contínua do paciente invasiva e não invasiva;
- g) Não está incluído: materiais e medicações, sangue e derivados, curativos, oxigenioterapia, intercorrências cirúrgicas, leito especial (isolamento).

### **3. Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

### **4. Diárias Especiais de Berçário de Alto Risco (UTI)**

No valor das diárias deverão estar incluídos:

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

### **5. Taxas de Sala em Centro Cirúrgico / Obstétrico**



Baseado no porte anestésico dos procedimentos constantes da CBHPM. No valor das taxas deverão estar incluídos:

- a) Sala Cirúrgica - portes 0 a 8: local; mesa operatória; rouparia de sala, da enfermagem e médico; serviço enfermagem do procedimento; assepsia e antisepsia da equipe, paciente e ambiente; paramentação de toda a equipe, esterilização do material, monitor de multiparâmetros (ECG contínuo, PNI, monitor de pressão invasiva e oxímetro de pulso), carrinho de anestesia com respirador, iluminação (foco); desfibrilador, controle dos sinais vitais, locomoção do paciente e aspirador de secreções
- b) Taxa de curativo.
- c) Taxa de vigilância epidemiológica.
- d) Aspirador de secreções e berço aquecido.
- e) EPI

#### **6) Taxas de sala de Recuperação pós-anestésica**

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

Deverá incluir:

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

#### **7) Taxa de Hemodinâmica:**

- a) Será de acordo com o porte anestésico do procedimento da Lista Referencial de Honorários Médicos negociada.
- b) No valor das taxas deverão estar incluídos: Serviços de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e uso de cosméticos, paramentação de toda a equipe, monitoração cardíaca, curativos pequeno e médio, PNI, bomba de infusão, oximetria, TX de assepsia, TX de vigilância epidemiológica, desfibrilador e EPIs.
- c) Taxa de sala e taxa de instrumental.

#### **8) Taxas de Sala Fora do Centro Cirúrgico**

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

No valor das taxas deverão estar incluídos:

- a) Sala Padrão: local; rouparia de sala, da enfermagem e médicos; serviços de enfermagem do procedimento; mesa principal e auxiliares; focos; preparo do paciente (sondagens) anti-sepsia da sala e instrumental.
- b) Sala de Observação em Pronto Socorro: corresponde ao período de ocupação do paciente no Leito da Emergência, durante as primeiras 06 horas. Esta, por sua vez, será remunerada após 02h de permanência, não sendo considerado o tempo de espera para resultado de exames. Nas situações em que o paciente permaneça em observação por período superior a 06h caberá a cobrança da taxa de observação por hora subsequente. Estão inclusos: serviços de enfermagem, equipamentos (bomba infusora, oxímetro, monitor de pressão arterial e cardíaco, aspirador elétrico), materiais básicos como: Éter, álcool, água oxigenada, álcool iodado, clorexidinas, PVPI, água para injetáveis, agulhas, seringas descartáveis (de 1ml a 20 ml), eletrodos de monitorização cardíaca, bolinhas de algodão, compressas de gazes, campos operatórios e compressas cirúrgicas (compressas), escova degermante, propés, gorros, touca, máscaras, micropore, esparadrapos (simples e antialérgicos), luvas de procedimento estéril e não estéril, luvas cirúrgicas estéreis, capas e aventais protetores, materiais de proteção individual da equipe assistente. Estão excluídos medicação, honorário médico, SADT, materiais ( exceto os já previstos) e hemoderivados.
- c) Sala de Radiologia - Exames Contrastados: todos os itens constantes da letra a) do item 5.
- d) Sala de Vídeoendoscopia e Colonoscopia: todos os itens constantes da letra a) do item 5, acrescido de foto e filme. A taxa de uso do equipamento de vídeoendoscópico será cobrada à parte. Não cabe a cobrança de taxa de instrumental para os procedimentos endoscópicos e de outras taxas de sala para o procedimentos.
- e) Sala de Hemodinâmica - Todos os itens constantes da letra a) do item 5. A taxa de uso do equipamento de hemodinâmica deverá ser cobrada à parte.

#### **9) Taxas de Sala de Gesso**

Será paga somente em caso de instalação de gesso.

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

#### 10) Taxa de Sala de Quimioterapia:

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

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

#### 11) Notas complementares

1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
2. A medicação paga será a GENÉRICA de menor valor existente no mercado, de acordo com a prescrição médica. Caso houver justificativa médica a medicação poderá ser a ética, ficando a contratada responsável em apresentar tal justificativa, ficando a verificação *in loco* do serviço de auditoria, se necessário.
3. A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme prescrição médica e registro em prontuário, sendo unificado um mesmo valor para todas as classes de prestador. Está sendo usado como referência o valor equivalente a uma hora de consumo indivisível. Pacientes em uso de oxigênio, o valor a ser pago por hora será aquele constante na referida tabela, aplicando-se redutor de 15% a partir do 20º dia.
4. Honorários de fisioterapia motora e respiratória serão pagos por dia 24h (vinte e quatro horas): 01(um) em apartamento/enfermaria e até 3 (três) em CTI.
5. Equipos de bomba de infusão (BI) não serão pagos para hidratação venosa com eletrólitos; exceto UTI neonatal.
6. As trocas de materiais serão pagas conforme estabelecido nas **Instruções Gerais** desta Lista Referencial.
7. Exames complementares de alto custo, que não forem de emergência, terão que ter autorização prévia do CONTRATANTE.
8. Será paga o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente.
9. Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros.
10. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
11. 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 48h para apresentá-lo sob a pena de não poder mais utilizar o recurso de glosa.
12. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
13. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.
14. As luvas de procedimento serão pagas 24 (vinte e quatro) pares por dia no CTI, 06 (seis) pares em apartamento ou enfermaria. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
15. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.
16. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
17. A visita do nutrólogo deverá ser paga 01 (uma) a cada 03 (três) dias devidamente registrada em prontuário, somente para o paciente que estiver em dieta enteral e parenteral.
18. As fraldas descartáveis serão pagas até 06 (seis) unidades por dia, salvo em casos de paciente com quadro diarreico.
19. A Aquisição de órteses, próteses e materiais especiais cirúrgicos (reutilizados), cujo valor for superior a R\$ 200,00 (duzentos reais), será paga de acordo com os parâmetros constantes no Capítulo III desta Lista Referencial, mediante autorização prévia da CONTRATANTE, após apresentação, pela CONTRATADA, de três orçamentos (propostas) de empresas que possuam registro junto à ANVISA, anexando relatório onde conste o CID-10 e todos os demais parâmetros para autorização da compra do material solicitado. Será utilizadas como referência para medicamentos a tabela BRASÍNDICE, considerando todas as alterações estabelecidas pela ANVISA.
20. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca terá que ser justificativa.

21. As taxas de sala cirúrgica não são cumulativas com outras taxas de sala e, nas autorizações de cirurgias com mais de um código, prevalecerá o código de maior porte para efeito de cobrança de taxas de sala cirúrgicas. As taxas de equipamentos não serão remuneradas quando houver cobrança da Unidade de Custo Operacional (UCO) nos procedimentos.
22. TAXA DE ENFERMAGEM – esta taxa foi acrescida no valor das diárias, não podendo ser cobrada. Compreende-se por taxa de enfermagem as rotinas tais como: aplicação de injeções, instalações de soro, controle de diurese, controle de glicosúria, serviço de curativos, lavagem de colostomia, de assepsia e higiene, de embrocação vaginal, de tampão vaginal, de tampão anal, de sinais vitais, de sondagem nasogástrica, venóclise, lavagens gástricas e intestinais, aspirações, desinfecção de leitos, preparação de alimentos enteral e parenteral, vesical e retal.
23. TAXA DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA – esta taxa foi acrescida no valor das taxas de centro cirúrgico, não podendo ser cobrada. Os honorários do instrumentador cirúrgico já compõem as taxas de realização de cirurgias.
24. 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.
25. Curativo de recém nato (coto umbilical) não será coberto.
26. Curativos pós-cirúrgicos (feitos dentro do centro cirúrgico) não serão cobertos.
27. Colchão caixa de ovo será pago para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou do enfermeiro. Pago por internação, não por diária.
28. Materiais descartáveis não cobertos pelo SSM estão descritos no Capítulo II desta Lista Referencial.

CAPÍTULO II - Materiais descartáveis não cobertos pelo SSM, já incluídos em diárias específicas (não serão pagos separadamente)

- 2) Abaixador de língua
- 3) Absorvente Higiénico
- 4) Aconchego
- 5) Água oxigenada
- 6) Algodão
- 7) Aquecedor e manta térmica
- 8) Aventais descartáveis
- 9) Bacia plástica
- 10) Band-aid
- 11) Bandeja para raquianestesia
- 12) Blusas descartáveis
- 13) Bolsa de água quente
- 14) Bom ar
- 15) Bomba para ordenha
- 16) Borracha de silicone
- 17) Borracha para aspirador
- 18) Cabo bipolar
- 19) Cadeira de apoio para banho
- 20) Calçados ortopédicos
- 21) Camisa para microcâmera
- 22) Campo cirúrgico (operatório) descartável
- 23) Caneta para bisturi descartável
- 24) Cânula de Guedel
- 25) Capa para microscópio
- 26) Chuca/chupeta
- 27) Cidex
- 28) Cinta lombar
- 29) Clorohex
- 30) Cobre corpo – incluso na taxa de necrotério
- 31) Colete lombar
- 32) Combi-red (tampa para soro)
- 33) Compressa cirúrgica
- 34) Conexão para aspiração, bomba e pressão
- 35) Conector
- 36) Copo descartável

- 37) Cotonete – pagar apenas para oftalmologia
- 38) Cotonóide – pagar apenas para neurologia
- 39) Creme dental
- 40) Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado
- 41) Despesa de frigobar
- 42) Dispositivo anti-trombolítico
- 43) Dome para transdutor de pressão
- 44) Escova de degermação
- 45) Escova de dente
- 46) Espéculo descartável
- 47) Esponja para banho
- 48) Estabilizador de tornozelo
- 49) Éter benzina e tintura de iodo
- 50) Extensor para urina;
- 51) Faixa elástica pós-operatória
- 52) Filme endoscópio
- 53) Filtro respirador
- 54) Fiso-Hex, povidine
- 55) Fitas de vídeo
- 56) Fixador de tubo traqueal
- 57) Fixador externo
- 58) Formol
- 59) Frascos para exame
- 60) Gaze radiopaca
- 61) Gel para biométrica
- 62) Gerador de tecnécio
- 63) Gerador de marcapassos transcutâneos
- 64) Germipol
- 65) Gesso sintético
- 66) Gorro, máscaras, porpés, aventais, capotes e calças
- 67) Imobilizador
- 68) Lâmina para tricotomia
- 69) Lânceta
- 70) Látex extensor de O2
- 71) Lençol descartável
- 72) Lençol térmico
- 73) Luva para aparelho de laparoscopia
- 74) Manta
- 75) Manteiga de cacau
- 76) Máscara laríngea
- 77) Material de banho do RN
- 78) Material de higiene pessoal - qualquer
- 79) Meia elástica
- 80) Meia, cinta, atadura e calça elástica
- 81) Mercúrio de prata
- 82) Micro por espaçador
- 83) Muletas
- 84) Muletas
- 85) Palito de laranjeira
- 86) Pasta gel
- 87) Pijama descartável
- 88) Placa de bisturi
- 89) Plug adaptador
- 90) Polivinilpirrolidona-iodo
- 91) Roupas descartáveis
- 92) Sabonete
- 93) Sandália para gesso
- 94) Sandálias para gesso e palmilha para calcâneo

- 95) Sensor infantil neonatal
- 96) Sensor para oxímetro
- 97) Tapoin
- 98) Termômetro
- 99) Termômetros
- 100)Tipóias
- 101) Toalha descartável
- 102) Redutor Trocáter
- 103) Esparadrapo
- 104) Micropore
- 105) Tampa cone Luer

### CAPÍTULO III - Determinações sobre órteses, próteses, materiais especiais descartáveis e reutilizáveis.

1. AGULHA BROCKENBROUGH – PUNÇÃO TRANSEPTAL: Será pago 1/5 do valor.
2. AGULHA DE PUNÇÃO ANESTÉSICA: Será pago 01 por anestesia, a embalagem deverá ser anexada em prontuário.
3. AGULHA DE VERESS: Será pago 1/3.
4. ALÇA DE POLIPECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
5. ALÇA RESSECÇÃO – HISTEROSCOPIA e RTU: Será pago 1/5 do valor.
6. AORTIC PUNCH: Será pago valor integral.
7. ATADURA DE CREPON: Será pago somente quando houver indicação, não será coberto em caso de contenção no leito.
8. BALÃO HIDROSTÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
9. BALÃO INTRA AORTICO (ARROW): Será pago valor integral.
10. BALÃO PNEUMÁTICO: Será pago 1/3 do valor.
11. BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO: será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, sua troca terá que ter justificativa.
12. BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA: Será pago uma a cada 7 dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.
13. BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICO: três por dia.
14. BOLSA DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL – pagar integral.
15. BOTTON PARA GASTROSTOMIA: Será pago valor integral.
16. BULL DOG: Não será pago.
17. CABO CONEXÃO – CONECTOR 603 (EEF): Será pago 1/5 do valor.
18. CABO CONEXÃO – CONESÃO 603: Será pago 1/5 do valor.
19. CAL SODADA: Será pago 100grs por hora quando utilizado o respirador para paciente entubado.
20. CANETA DE CHARLES OU CÂNULA DE ASPIRAÇÃO (BRUSCH): Será pago 1/3 do valor.
21. CÂNULA DE COLANGIOGRAFIA: Será pago 1/3 do valor.
22. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA: Será pago uma por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.
23. CÂNULA ENDOTRAQUEAL: Será pago uma por entubação – troca uma vez por semana, se necessário e mediante prescrição.
24. CÂNULA PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1/2 do valor.
25. CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CONSTANTE: Será pago valor integral.
26. CATÉTER ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
27. CATETER ACS RX ROCKET: Será pago 1/2 do valor.
28. CATETER BALÃO (BOSTON/EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
29. CATETER CEREBRAL LR (EPTCA): Será pago 1/3 do valor.
30. CATETER CESTA UROLÓGICA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS (BASKET): Será pago 1/3 do valor.
31. CATETER COBRA – ARTERIOGRAFIA (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
32. CATETER DE ACESSO CENTRAL: deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada a punção. A embalagem deverá ser anexada.
33. CATETER DE FOGART: Será pago valor integral.
34. CATETER DE OXIGÊNIO: Será pago um por internação.
35. CATETER DE PH METRIA: Será pago 1/10 do valor.
36. CATETER DECAPOIAR (ST JUDES): Será pago 1/5 do valor.
37. CATETER DIAG. ALTA / BAIXA PRESSÃO: Será pago 1/4 do valor.

38. CATETER DIAG. MAMÁRIA CATIPTCA: Será pago 1/4 do valor.
39. CATETER DIAG. VERTEBRAL (EPTCA): Será pago 1/4 do valor.
40. CATETER DIAGNÓSTICO PASS: Será pago 1/4 do valor.
41. CATETER DUODECAPOIAR: Será pago 1/5 do valor.
42. CATETER FLOW DPACK – cateter balão que permite o fluxo passar dentro dele – (BOSTON): Será pago 1/2 do valor.
43. CATETER FOGARTY (MINAS BIOMEDICAL) - Será pago valor integral.
44. CATETER GENSINI: Será pago 1/3 do valor.
45. CATETER GUIA ANGIOGRÁFICO (EPTCA): Será pago 1/2 do valor.
46. CATETER GUIA JR, JF, JL (BOSTON): Será pago 1/3 do valor.
47. CATETER GUIA STERTZER: Será pago 1/3 do valor.
48. CATETER GUIA UBRIT: Será pago 1/3 do valor.
49. CATETER GUIA VIA FEMURAL / BRAQUIAL: Será pago 1/2 do valor.
50. CATETER HEAD HANTER: Será pago 1/3 do valor.
51. CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO: somente com prescrição e pagar 01 seringa de 10 ml, 01 agulha de 25/07, 01 ampola de SF ou 0.2 ml de heparina (conforme rotina hospitalar).
52. CATETER JUDKINS – CE: Será pago 1/4 do valor.
53. CATETER LEHMANN: Será pago 1/5 do valor.
54. CATETER MULTIPOURPOSE: Será pago 1/4 do valor.
55. CATETER NASAL DE SILICONE: Será pago 01 por internação para recém nascido.
56. CATETER NIH: Será pago 1/4 do valor.
57. CATETER PHMETRIA: Será pago 1/10 do valor.
58. CATETER PIGTAIL NIH: Será pago 1/4 do valor.
59. SIMMONS, COBRA: Será pago 1/4 do valor.
60. CATETER QUADRIPOlar/ABLAÇÃO: Será pago 1/2 do valor.
61. CATETER SONES JUDKINS – CD: Será pago 1/4 do valor.
62. CATETER SWAN GANZ: Será pago valor integral com embalagem em anexo.
63. CATETER TRAVERSE: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
64. CATETER TRIPOLAR: Será pago 1/5 do valor.
65. CATETER URETRAL DUPLO J: Será pago valor integral.
66. CATETER VODA (CAT CORONARIAE): Será pago 1/4 do valor.
67. CAUTÉRIO DESCARTÁVEL OFTALMOLOGIA: NÃO.
68. CESTA DE BASKET – CARDIOVASCULAR/GERAL: Será pago 1/3 do valor.
69. CLIPADOR CURVO: Será pago valor integral.
70. CLIPADOR RETO: Será pago 1/3 do valor.
71. CLIPES PARA ANEURISMA: Será pago valor integral.
72. CLIPES VENOSO DE PRARA: Será pago valor inteiro (prótese).
73. COLETOR DE SISTEMA ABERTO: será pago 01 a cada 03 dias.
74. COLETOR DE URINA TIPO CAMISINHA: será pago 01 por dia mediante evolução de enfermagem.
75. COMPRESSA NEUROCIRÚRGICA C/FILAM. RADIOPACO ENV. 10 UNID: Será pago valor integral.
76. CONECTOR ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago 1/5 do valor.
77. CONECTOR Y: Será pago 1/3 do valor.
78. CPAP NASAL: NÃO.
79. DILATADOR: Será pago 1/4 do valor.
80. DOMMES – TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
81. ELETRODO DESCARTÁVEL: Será pago 03 a 05 por dia, com descrição da enfermagem da sua troca .
82. ELETRODO MARCA PASSO TEMPORÁRIO – ARRITMIA/IMP. MARC. PASSO: Será pago 1/2 do valor.
83. ELETRODO MARCA-PASSO TEMPORÁRIO: Será pago 1/2 do valor.
84. ENDOLOOP: Será pago 1 Unidade.
85. EQUIPO DE IRRIGAÇÃO PARA ARTROSCOPIA: Será pago 1 Unidade.
86. EQUIPOS: infusão NPT e QT o pagamento será para cada troca de esquema:
87. ESCLERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
88. ESTABILIZADOR TECIDUAL OCTOPUS: Será pago 1/3 do valor.
89. EXTENSOR DE BOMBA: Será pago 1/2 do valor.
90. EXTENSOR DE PRESSÃO: Será pago 1/2 do valor.
91. EXTRATOR DE CÁLCULO DORME (URO): Será pago 1/3 do valor.
92. FAIXA SMARCH: Será pago 1/5.
93. FIBRA ÓPTICA PARA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.

94. FILTRO BACTERIANO HIGROBAC: NÃO.
95. FILTRO CAPILAR PARA HEMODIÁLISE: Será pago 01 a cada 03 sessões.
96. FIO GUIA Nº 0.10 / 0.14 / 0.18: Será pago valor integral.
97. FIO GUIA USADO NA PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA: Será pago 1/3 do valor.
98. FIO GUIA ZEBRA 0,25 E 0,35 – HIDRÓFILO: Será pago 1/3 do valor.
99. FRALDA DESCARTÁVEL: cobrança de 06 Unidades por dia ou em caso de diarreia.
100. FRASCO ESTÉRIL PARA COLETA DE LAVADO BRÔNQUICO DESCARTÁVEL: Será pago valor integral se houver solicitação médica.
101. GELFOAN: Será pago somente para cirurgia de hemorroidectomia, e neurológicas com justificativa médica..
102. GUIA: PASSAGEM DE PRÓTESE BILIAR: Será pago 1/3 do valor.
103. HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLÁGENO): Será pago valor inteiro.
104. Infusão de dietas enterais o pagamento será a cada 24 h.
105. Infusão de drogas e soroterapias o pagamento será a cada 72 h. Para neonatal 48 h.
106. Infusão de drogas fotossensíveis o pagamento será por droga/soro aplicada/ dia utilizado
107. INTRODUTOR PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO: Será pago integral.
108. INTRODUTORES NÃO VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
109. INTRODUTORES VALVULADOS: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
110. ISOLADOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
111. JELCOS E SCALPS : Será pago um a cada três dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado .
112. KIT DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA SILICONE LONGA PERMANÊNCIA: Será pago valor integral.
113. KIT DE LIGADURA ELÁSTICA PARA VÁRIZES ESOFAGEANAS: Será pago 1/3 do valor.
114. KIT DE MONITORIZAÇÃO INVASIVA: Será pago um para cada monitorização de PIA, S.GANZ, PIC E PVC, com respecTiva embalagem em anexo.
115. KIT DE NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA: Será pago valor integral.
116. KIT LIGADURA ELÁSTICA ENDOSCÓPICA: Será pago valor integral.
117. KIT MAX VAC LEGACY: Será pago 1/3 do valor.
118. KIT PARA VITRECTOMIA: Será pago 1/3 do valor.
119. LÂMINA DE SHAIVER: Será paga 1/3, exceto a lâmina com diâmetro menor de 3mm, cuja embalagem deverá estar anexada para pagamento integral.
120. LINHA DE TROCA DE FLUÍDO GASOSA: Será pago 1/3 do valor.
121. LINHA DE TROCA: Será pago 1/3 do valor.
122. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril.
123. MANIFOLD: Será pago 1/3 do valor.
124. MANOBRADOR DE GUIA: Será pago 1/10 do valor.
125. MANTA CAREQUILT: NÃO.
126. MICROPINÇA: Será pago 1/3 do valor.
127. MICROPORE E ESPADRAPPO: Será pago conforme indicado por procedimento (40cm para acesso venoso de adulto 20cm para criança), ficando sujeito a glosa em caso de excesso ou uso indevido.
128. ÓLEO DE SILICONE: Será pago valor integral.
129. PAPILÓTOMA: Será pago 1/3 do valor.
130. PAPILÓTOMO OU ESFINCTERÓTOMO: Será pago 1/3 do valor.
131. PERFUSORES, TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72h para sua troca ou a cada punção de acesso, a média de utilização de thee-way em CTI é de 06 por paciente, em situações especiais deverá ter justificativa do uso.
132. PERIOFLUORCARBONO LÍQUIDO: Será pago valor integral.
133. PISTOLA DE IRRIGAÇÃO: Será pago 1/3 do valor.
134. PONTEIRA ARTHOCARE (ABLATOR): Será pago 1/5 do valor.
135. PONTEIRA PARA FACO: NÃO (Inclusa no Kit de FACO).
136. PONTEIRO IRRIGADOR: Será pago 1/3 do valor.
137. PRÓTESE PTFE: Será pago valor integral.
138. PUNCH DE BHARRON: Será pago 1/3 do valor.
139. REDUTOR TROCATER: Será pago 1/3 do valor.
140. ROTOR (MANIPULADOR GUIA): Será pago 1/10 do valor.
141. SERINGA INSUFLADORA: Será pago 1/4 do valor.
142. SERINGAS E AGULHAS: Será pago conforme o número de medicações prescritas.
143. SERRA DE GIGLI: NÃO.
144. SILICONE ESPONJOSO: Será pago valor integral.

- 145.SISTEMA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL FECHADO: Será pago 01 a cada 07 dias, exceto casos de coleta de material para broncoscopia com prescrição médica.
- 146.SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS FILTRO ANGIOPLASTIA DE CARÓTIDA: Será pago valor integral.
- 147.SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL – SISTEMA DE CAPTURA DE ÊMBOLOS – FILTRO: Será pago valor integral.
- 148.SOLUÇÃO CALIBRADORA: Será pago 1/25 do valor.
- 149.SONDA DE DORMIA: Será pago 1/3 do valor.
- 150.SONDA ENDOLASER: Será pago 1/3 do valor.
- 151.SONDA MANOMETRIA: Será pago 1/50 do valor.
- 152.SONDA NASO GÁSTRICA: Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
- 153.SONDA NASOENTÉRICA: Será pago uma por internação, sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
- 154.STENT – ANGIOPLASTIA RENAL: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 155.STENT: Será pago valor integral, com embalagem em anexo.
- 156.SURGICEL: Será pago de acordo com o procedimento e sua descrição pelo cirurgião.
- 157.TESOURA DE METZEMBAUER: NÃO.
- 158.TORNEIRA 5 VIAS: Será pago 1/4 do valor.
- 159.TRANSDUTOR DE PRESSÃO: Será pago valor integral.
- 160.TREPANO DE HESBHURG: Será pago 1/3 do valor.
- 161.TROCATER: Será pago valor integral.
- 162.TUBO DE ENTUBAÇÃO SELETIVA: será pago 1/3 e somente com indicação médica para cirurgia de esôfago, Aneurisma de aorta e cirurgia torácica.
- 163.TUBO TRAQUEAL ARAMADO: Será pago 1/3.
- 164.TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL: pagamento integral.
- 165.VÁLVULA HEMOSTÁTICA 2 OU 3 VIAS (CONECTOR Y): Será pago 1/3 do valor.

**OBSERVAÇÃO:**

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



#### CAPÍTULO IV - Procedimentos radiológicos contrastados.

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

#### **NEURORADIOLOGIA**

PROCEDIMENTO	PRODUTO/TIPO	QUANTIDADE
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea unilateral	Iodado (não iônico)	60 a 80 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Angiografia carotídea int.	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (iônico)	80 a 100 ml
Arteriografia vertebral	Iodado (não iônico)	80 a 100 ml
Arco aórtico	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Arco aórtico	Iodado (não iônico)	100 a 150 ml
Angiografia medular	Iodado (iônico)	100 a 150 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Iopamiron 300	20 ml
Mielografia seg. 1 segmento	Omnipaque 370	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Iopamiron 350	20 ml
Mielografia 2 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Iopamiron 370	20 ml
Mielografia 3 segmentos	Omnipaque 350	20 ml
Mielografia	Omnipaque 350	5 ml

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

## CARDIOLOGIA

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

## APARELHO DIGESTIVO

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

## APARELHO GÊNITO-URINÁRIO

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

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

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

Nos estudos do abdome superior e pelve cabe a cobrança de contraste oral: bário especial ou 1 frasco de iodado de 50 ml diluído em água ou soro.

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Articulações	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Coluna (s/ mielo)	Iodados	100ml
Tomografia comp. Coluna (Seg. adic)	Iodados	100ml
Tomomielografia	Iodados	100 ml
Tomomielografia + intratecal	Não-iônicos-350	20 ml
TC crânio, cela, orbital	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Dinâmica	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Face- S.F.-T.M.	Iodados	100 ml

PROCEDIMENTO	PRDUTO/TIPO	QUANTIDADE
TC Mastóides – ouvidos	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Pelve/bacia	Bar-iodados	900 ml
Tomografia comp. Pescoço	Iodados	100 ml
TC segmento apêndice	Iodados	100 ml
Tomografia comp. Tórax (não vasos)	Iodados	100 ml
TC Tórax (vasos e mediastino)	Iodados	150 ml

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

#### CAPÍTULO V – Classificação dos curativos

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