



MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
COMANDO DO 9º DISTRITO NAVAL
POLICLÍNICA NAVAL DE MANAUS

**EDITAL 01/2025 - ANEXO N:
REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES, ASSISTÊNCIA MÉDICA,
ODONTOLÓGICA, DOMICILIAR E PACOTES**

MANAUS-AM

2025

1 INSTRUÇÕES GERAIS

Este Referencial discrimina as tabelas, índices e valores dos serviços na área de saúde, objetos do Credenciamento de Organizações de saúde extra-marinha (OSE), Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) e Fornecedores de Materiais de uso Hospitalar da Policlínica Naval de Manaus. A tabela abaixo resume os principais serviços e seus critérios de valoração.

FICHA TÉCNICA	
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	VALORAÇÃO
Consulta ambulatorial e Pronto Socorro	Conforme Item 2
Honorários Médicos	CBHPM 2014 PLENA
Unidade de Custo Operacional (UCO)	R\$ 16,15
SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia)	CBHPM 2012 PLENA
Unidade de Custo Operacional (UCO)	R\$ 14,33
Valor do filme radiológico	R\$ 28,70 m ²
Exames Laboratoriais	Conforme Item 3.1
Tabela de Diárias, Taxas e Serviços Hospitalares	Conforme Item 4
OPME eletivo	3 (três) orçamentos com o valor do mercado local + NF (20% de taxa de Comercialização)
OPME urgência	3 (três) orçamentos com o valor do mercado local + NF (10% de taxa de Comercialização)
Medicamentos de Uso Comum	Brasíndice (PF) + 15% Não constantes: NF + 20%
Medicamentos de Uso Restrito	Brasíndice (PF) + 15 % Não constantes: NF + 20%
Medicamentos Quimioterápicos	Brasíndice (PF) + 15% Não constantes: NF + 20%
Materiais Comuns Descartáveis	Tabela própria. Na ausência: SIMPRO + 15% de taxa administrativa. Não constantes na SIMPRO: NF + 20%
Hemoderivados	Conforme Item 9
Suplementos e Dietas	Brasíndice (PF com deflator de 15%). Na ausência: NF + 15%
Terapia Renal Substitutiva	Conforme Item 11
Radioterapia	Conforme Item 12
Pacotes de Procedimentos	Conforme Item 14

Terapias Auxiliares (consultas e sessões ambulatoriais)	Conforme Item 15
Atendimentos Especiais (pacientes TEA e demais neuroatípicos)	Conforme Item 16
Odontologia	Conforme Item 17
Serviço Integrado de Atendimento domiciliar (SIAD)	Conforme Item 18

2 HONORÁRIOS MÉDICOS

Estão inclusos no valor de honorários médicos os seguintes valores de consultas em ambulatório (10101012) ou Pronto Socorro (10101039):

ESPECIALIDADE	VALOR DA CONSULTA (R\$)
Alergia e imunologia	111,00
Alergia e imunologia pediátrica	106,00
Anestesiologia	100,00
Angiologia	100,00
Cardiologia	113,00
Cardiologia pediátrica	150,00
Cirurgia cardiovascular	107,00
Cirurgia crânio-maxilofacial	95,00
Cirurgia da mão	102,00
Cirurgia de cabeça e pescoço	125,00
Cirurgia do aparelho digestivo	98,00
Cirurgia geral	106,00
Cirurgia oncológica	120,00
Cirurgia pediátrica	145,00
Cirurgia plástica	100,00
Cirurgia torácica	106,00
Cirurgia vascular	122,00
Clínica médica	100,00
Coloproctologia	100,00
Dermatologia	115,00
Dor	119,00

Eletrofisiologia clínica invasiva	106,00
Endocrinologia e metabologia	138,00
Endocrinologia pediátrica	130,00
Gastroenterologia	119,00
Gastroenterologia pediátrica	125,00
Genética médica	95,00
Geriatría	120,00
Ginecologia e obstetrícia	146,00
Hematologia e hemoterapia	134,00
Hematologia e hemoterapia pediátrica	144,00
Hepatologia	134,00
Infectologia	114,00
Infectologia pediátrica	108,00
Mastologia	146,00
Medicina Hiperbárica	156,00
Medicina do adolescente	106,00
Medicina paliativa	106,00
Nefrologia	117,00
Nefrologia pediátrica	146,00
Neurocirurgia	160,00
Neurologia	150,00
Neurologia pediátrica	230,00
Nutrologia	95,00
Nutrologia pediátrica	106,00
Oftalmologia	98,00
Oncologia clínica	115,00
Oncologia pediátrica	119,00
Ortopedia e traumatologia	142,00
Ortopedia pediátrica	165,00
Otorrinolaringologia	126,00
Pediatria (10106146 e 10101012)	126,00
Pneumologia	163,00
Pneumologia pediátrica	135,00

Psiquiatria	136,00
Psiquiatria da infância e adolescência	169,00
Reumatologia	149,00
Reumatologia pediátrica	106,00
Urologia	105,00
Urologia pediátrica	166,00
Especialistas em geral (outras especialidades não relacionadas)	163,00

A **visita médica** ao paciente internado em OSE, compreendendo avaliação clínica diária, prescrição terapêutica, registro de evolução e demais atos médicos inerentes ao acompanhamento assistencial, não está incluída na diária hospitalar, sendo remunerado no valor de R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais) para especialistas e R\$ 180,00 (cento e oitenta reais) para médico generalista. A primeira avaliação realizada por médico especialista (nefrologista, cardiologista, especialistas nas áreas de atuação da pediatria, entre outros) será classificada e remunerada como **parecer**, com valor de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) .

As avaliações subsequentes, desde que vinculadas à continuidade do tratamento previamente instituído, serão classificadas e remuneradas como **visita médica**. A eventual ocorrência de intervalos entre as avaliações não caracteriza novo parecer, devendo ser mantida a remuneração sob a rubrica de visita médica.

Não serão autorizados honorários médicos diferenciados daqueles estabelecidos nas presentes diretrizes.

2.1 PROCEDIMENTOS MÉDICOS, CIRÚRGICOS INVASIVOS E TERAPIAS EM GERAL

Para os serviços não contemplados no item de pacotes de procedimentos ou tarifas globais de procedimentos deste anexo, serão adotados os **Capítulos I, II e III da CBHPM 2014 com banda plena, UCO de R\$ 16,15**. Para procedimentos não constantes da CBHPM 2014, será aplicada a CBHPM imediatamente superior e persistindo a situação, suas atualizações sequenciais com as mesmas regras de valorização dos portes contidas na CBHPM 2014.

Logo, os procedimentos serão remunerados por código do procedimento correspondente a tabela 2014 ou posterior, caso o procedimento tenha sido incluído em tabelas subsequentes, e em

nenhuma hipótese por tempo cirúrgico.

Para honorário CBHPM 2014 será utilizada a tabela a seguir, conforme Comunicado Oficial CBHPM, de outubro de 2014:

TABELA DE HONORÁRIO MÉDICO (CIRURGIÃO E AUXILIARES)

Porte	Valor (R\$)	Porte	Valor (R\$)	Porte	Valor (R\$)
1A	14,49	5C	328,54	10B	1.088,81
1B	28,97	6A	357,84	10C	1.208,51
1C	43,47	6B	393,51	11A	1.278,56
2A	57,96	6C	430,43	11B	1.402,08
2B	76,40	7A	464,82	11C	1.538,35
2C	90,42	7B	514,48	12A	1.594,37
3A	123,55	7C	608,70	12B	1.714,08
3B	157,87	8A	657,11	12C	2.099,93
3C	180,83	8B	688,94	13A	2.311,33
4A	215,22	8C	730,96	13B	2.535,46
4B	235,60	9A	776,82	13C	2.804,16
4C	266,16	9B	849,41	14A	3.125,07
5A	286,52	9C	935,98	14B	3.400,15
5B	309,45	10A	1.004,76	14C	3.750,34

2.1.2 Para a codificação do porte de honorário de anestesia será utilizada a tabela própria abaixo:

TABELA DE HONORÁRIO MÉDICO (ANESTESISTA)

PORTE ANESTÉSICO	Valor (R\$)
0	Anestesia Local
1	178,10
2	272,61
3	411,38
4	630,83
5	914,85

6	1.240,17
7	1.561,02
8	2.128,91

2.1.3 O porte anestésico “0” significa “não participação do anestesiológico”. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na Tabela acima, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.

2.1.4 Os portes anestésicos serão remunerados considerando-se o maior porte e o código cirúrgico subsequente, sendo o maior porte remunerado em 100% e o segundo em 50%. A remuneração se limitará a dois códigos por procedimento (ato cirúrgico).

2.1.5 A metodologia de cobrança seguirá as diretrizes da Instrução Geral da tabela CBHPM 2014.

3 SERVIÇOS AUXILIARES AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO (SADT)

Para serviços auxiliares ao diagnóstico e tratamento, será adotado, como referencial, a Tabela CBHPM 2012 plena com UCO de R\$ 14,33 e valor de filme de R\$ 28,70 por m².

TABELA DE PORTE PARA SADT

Porte	Valor (R\$)	Porte	Valor (R\$)	Porte	Valor (R\$)
1A	12,86	5C	291,64	10B	966,50
1B	25,72	6A	317,65	10C	1.072,75
1C	38,58	6B	349,30	11A	1.134,93
2A	51,45	6C	382,08	11B	1.244,58
2B	67,82	7A	412,60	11C	1.365,54
2C	80,26	7B	456,68	12A	1.415,27
3A	109,67	7C	540,33	12B	1.521,53
3B	140,14	8A	583,29	12C	1.864,04
3C	160,52	8B	611,55	13A	2.051,69
4A	191,04	8C	648,85	13B	2.250,64
4B	209,13	9A	689,55	13C	2.489,16
4C	236,26	9B	753,99	14A	2.774,02

5A	254,34
5B	2.744,69

9C	830,84
10A	891,89

14B	3.018,19
14C	3.329,05

A metodologia de cobrança seguirá as diretrizes do capítulo IV – Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos, da CBHPM 2012.

3.1 EXAMES LABORATORIAIS

Para exames laboratoriais serão praticados os valores de acordo com o capítulo IV da tabela CBHPM 2012 plena, com UCO de R\$ 14,33 (quatorze reais e dezesseis centavos).

Para exames coletados pela PNMa haverá deflator de 15% (quinze por cento). Caso o exame não conste na tabela CBHPM 2012 será tomado como referência a CBHPM imediatamente superior mantendo os valores de porte e UCO da CBHPM já definidos neste anexo.

3.1.1 Lista de de exames laboratoriais (sujeitos a aplicação de deflator quando coletados na PNMa):

EXAMES LABORATORIAIS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
40301150	ÁCIDO ÚRICO, dosagem	5,67
40301222	ALBUMINA, dosagem	5,67
40301400	CÁLCIO, dosagem	5,67
40301419	CÁLCIO IÔNICO, dosagem	15,60
40301427	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DE FERRO, dosagem	7,87
40301508	CLEARANCE DE CREATININA	15,60
40301559	COLOR, dosagem	5,67
40301567	COBRE, dosagem	48,10
40301583	COLESTEROL (HDL), dosagem	7,87
40301591	COLESTEROL (LDL), dosagem	10,45
40302695	COLESTEROL (VLDL), dosagem	10,45
40301605	COLESTEROL TOTAL, dosagem	5,67
40301630	CREATININA, dosagem	5,67
40301648	CREATINO FOSFOQUINASE TOTAL (CK), dosagem	15,60
40301680	CURVA GLICÊMICA (4 DOSAGENS) VIA ORAL OU ENDOVENOSA	26,56
40301842	FERRO SÉRICO, dosagem	7,87
40301885	FOSFATASE ALCALINA, dosagem	10,45

40301931	FÓSFORO, pesquisa e/ou dosagem	5,67
40301990	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE, dosagem	10,45
40302040	GLICOSE, dosagem	5,67
40302075	HEMOGLOBINA GLICADA (A1 TOTAL), dosagem	26,56
40302237	MAGNÉSIO, dosagem	5,67
40302318	POTÁSSIO, dosagem	5,67
40302377	PROTEÍNAS TOTAIS, dosagem	5,67
40302423	SÓDIO, dosagem	5,67
40302709	TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE - 2 DOSAGENS	22,87
40302520	TRANSFERRINA, dosagem	20,38
40302580	URÉIA, dosagem	5,67
40302830	VITAMINA "D" 25 HIDROXI (VITAMINA D3), dosagem	25,87
40303136	SANGUE OCULTO, pesquisa nas fezes	13,80
40316190	CORTISOL, dosagem	43,55
40305228	CURVA GLICÊMICA (6 DOSAGENS), dosagem	46,25
40316246	ESTRADIOL, dosagem	43,55
40316254	ESTRIOL, dosagem	56,40
40305597	ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOESTERÓIDES), dosagem	26,31
40316262	ESTRONA, dosagem	56,40
40316270	FERRITINA, dosagem	30,18
40305767	HORMÔNIO GONODOTRÓFICO CORIÔNICO QUANTITATIVO (HCG-BETA-HCG), dosagem	28,39
40316335	HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH), dosagem	31,22
40316351	ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL), dosagem	36,71
40316360	INSULINA, dosagem	31,22
40316424	PTH, pesquisa e/ou dosagem	98,65
40316467	T3 LIVRE, dosagem	33,52
40316491	T4 LIVRE, dosagem	36,71
40316505	TESTOSTERONA LIVRE, dosagem	58,61
40316513	TESTOSTERONA TOTAL, dosagem	43,55
40316521	TIREOESTIMULANTE, HORMÔNIO (TSH), dosagem	29,38
40316556	TRIIODOTIRONINA (T3), dosagem	29,38
40316408	PROGESTERONA, dosagem	33,52
40316416	PROLACTINA, dosagem	40,01

40316572	VITAMINA B12, dosagem	25,41
40306445	ASLO, pesquisa (látex)	17,28
40306666	CITOMEGALOVÍRUS IGG, dosagem	25,92
40306674	CITOMEGALOVÍRUS IGM, dosagem	31,47
40308030	FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LÁTEX (QUALITATIVO), pesquisa	16,89
40306984	Hepatite B - HBeAG (antígeno "E"), pesquisa e/ou dosagem	26,31
40307085	HERPES SIMPLES - IGG, dosagem	26,31
40307093	HERPES SIMPLES - IGM, dosagem	31,85
40307212	HTLV1 OU HTLV2, pesquisa de anticorpo (cada)	59,32
40307697	RUBÉOLA - IGG, dosagem	25,92
40307700	RUBÉOLA - IGM, dosagem	31,47
40307760	SÍFILIS - VDRL	10,83
40308154	TOXOPLASMOSE - IgA, dosagem	31,85
40307824	TOXOPLASMOSE IgG, dosagem	25,92
40307832	TOXOPLASMOSE IgM, dosagem	31,47
40310426	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	58,81
40310400	CULTURA AUTOMATIZADA - MICROBIOLOGIA	104,50
40313328	ZINCO, pesquisa e/ou dosagem	48,10
40311171	MICROALBUMINÚRIA, dosagem	26,56
40310213	CULTURA, urina com contagem de colônia	26,31

3.1.2 Lista de exames com valores praticados de forma diferenciada:

OUTROS EXAMES LABORATORIAIS		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
40323986	CALPROTECTINA, detecção nas Fezes	165,33
40303217	LACTOFERRINA FECAL	266,88
40308529	ANTICORPOS ANTIPNEUMOCOCOS	276,13
40306429	ANTIPARIETAL, pesquisa	44,39
40306500	BRUCELA - IgG, dosagem	61,90
40501051	CARIÓTIPO DE SANGUE (TÉCNICAS COM BANDAS)	755,77
40301672	CROMATOGRAFIA DE AMINOÁCIDOS (PERFIL QUALITATIVO), dosagem	113,70
40311112	ERROS INATOS DO METABOLISMO - BATERIAS DE TESTES QUÍMICOS	115,08

	DE TRIAGEM	
40502163	HEPATITE DELTA, ANTÍGENO, pesquisa e/ou dosagem	207,08
40302776	PEPTÍDEO NATRIURÉTICO BNP	167,50
40302776	PROBNP	167,50
40313158	FENOL (PARA BENZENO, FENOL), pesquisa e/ou dosagem	36,45
40503810	SEQUENCIAMENTO COMPLETO DE EXOMA	5.934,27
40314340	TUBERCULOSE (BK) COMPLEXO Mycobacterium sp. (tuberculosis, bovis, africanum e microti) e cepas da vacina BCG	330,04
40324796	PAINEL PARA ARBOVIROSES – dengue, zika e chikungunya	580,53
-	PAINEL DE MENINGITES VIRAL – HERPES SIMPLES (1 / 2), VARICELA-ZOSTER, ENTEROVIRUS HUMANO, VÍRUS DA CAXUMBA	1.273,84
-	PACOTE EXAME TOXICOLÓGICO Amostra: fâneros Substâncias: - maconha, seus derivados e metabólitos; - cocaína, seus derivados e metabólitos; - anfetamina (metanfetamina, MDMA, MDEA e MDA), seus derivados e metabólitos; - heroína (diacetilmorfina), seus derivados e metabólitos; - LSD, seus derivados e metabólitos; - e fenciclidina (PCP). OBS.: contraprova inclusa.	150,00
-	PACOTE EXAME TOXICOLÓGICO Amostra: sangue Substâncias: - maconha, seus derivados e metabólitos; - cocaína, seus derivados e metabólitos; - anfetamina (metanfetamina, MDMA, MDEA e MDA), seus derivados e metabólitos; - heroína (diacetilmorfina), seus derivados e metabólitos; - LSD, seus derivados e metabólitos; - e fenciclidina (PCP). OBS.: contraprova inclusa.	180,00
-	PACOTE EXAME TOXICOLÓGICO Amostra: urina Substâncias: - 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	150,00

	metabólitos; - LSD, seus derivados e metabólitos; - e fenciclidina (PCP). OBS.: contraprova inclusa.	
-	EXAME TOXICOLÓGICO Amostra: sangue Substância: etanol OBS.: contraprova inclusa.	70,25
-	IMUNO-HISTOQUÍMICA – IMUNO ANTICORPO PD-L1 VENTANA E ALK	765,45
40602010	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE PD-11 (ROCHECLONE SP 142)	1325,00
40602010	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE PD-11 (DAKO CLONE 22C3)	765,45
40602010	IMUNO-HISTOQUÍMICA DE PD-11 (VENTANACLONE SP263)	765,45
40314235	PCR para pesquisa da Síndrome X-frágil	453,95

a. Para os pacotes de exames toxicológicos, a contraprova do exame está inclusa sem ônus para a CREDENCIANTE.

3.2 EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA NUCLEAR

Nos pacotes de exames de imagem e medicina nuclear estão incluídos todos os honorários profissionais (exceto honorários de médico anestesta), além de taxas, materiais e medicamentos eventualmente utilizados durante a realização dos exames — incluindo qualquer tipo de contraste endovenoso e insumos radioativos.

Exames com custo diferenciado em razão do uso de contrastes específicos — como, por exemplo, ressonância magnética de abdome superior com contraste hepatoespecífico ou cintilografias com radiofármacos de marcação celular específica — deverão ter seus valores submetidos à PNMa para análise individual, caso não estejam contemplados na Tabela CBHPM 2012 com valor integral (UCO de R\$ 14,33 e valor de filme de R\$ 28,70).

A realização de exames em topografias sequenciais — como ressonância magnética das colunas cervical, torácica e lombar, ou tomografia computadorizada de tórax e abdome — estará sujeita à aplicação de redutores (deflatores) sobre os valores dos pacotes. Será aplicado um deflator de 30% no pacote em se tratando de apenas um exame sequencial, e deflator de 50% no pacote a partir do segundo exame. A mesma regra se aplica a exames vasculares de TC e RM realizados em dupla ou tripla fase (como pré e pós-contraste, ou avaliações arteriais e venosas).

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA NUCLEAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
40701026	Cintilografia com hemácias marcadas	688,00
40703029	Cintilografia da Tireoide e/ou captação (Iodo 131)	348,00
40703037	Cintilografia da Tireoide e/ou captação (tecnécio - 99m TC)	309,00
40702014	Cintilografia das Glândulas Salivares com ou sem estímulo	297,00
40701131	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico	717,00
407001069	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso	717,00
40706010	Cintilografia Óssea (Corpo Total)	509,00
40702090	Cintilografia para pesquisa de divertículo de Meckel	313,00
40704017	Cintilografia Renal Dinâmica	542,00
40704025	Cintilografia Renal Dinâmica com diúretico	549,00
40704033	Cintilografia Renal Estática (Quantitativa ou Qualitativa)	392,00
40711013	Dacriocintilografia	258,00
40708071	Demarcação radioisotópica de lesões tumorais	344,00
40708080	Detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais	539,00
40708098	Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela	539,00
40710017	Sessão médica para planejamento técnico de radioisopoteraia	93,00
40703061	Teste de Estímulo com TSH Recombinante	278,00
40710041	Tratamento de câncer de tireoide - iodo 131 de 100 à 150 mci	3.617,00
40710041	Tratamento de câncer de tireoide - iodo 131 de 200 à 300 mci	5.564,00
40710050	Tratamento de hipertireoidismo- bócio nodular tóxico (Graves)	613,00
40710068	Tratamento de hipertireoidismo- bócio nodular tóxico (Plummer)	1.355,00

3.2.1 RADIOLOGIA GERAL CONTRASTADA

Seguirá tabela CBHPM 2012, incluindo orientações gerais de remuneração de exames de imagens, UCO de R\$ 14,33 e filme no valor de R\$ 28,70. Os meios de contrastes serão remunerados da seguinte maneira:

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Radiofármacos (contrastes)	Brasíndice (PF genérico mais barato). Caso o material não seja encontrado no guia, deverá ser cobrado o valor de NF + 10%.

Tabela demonstrativa dos principais procedimentos radiológicos, com seus respectivos meios de contraste e quantidades utilizadas:

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
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
Tomografia comp. Abdome sup.	Iodados	100/150 ml
Tomografia comp. Abdome sup.	Bar-iodados	900 ml
Cateterismo cardíaco	Telebrix - Optiray	100 a 300 ml
Cat + Angioplastia	Telebrix - Optiray	200 a 350 ml

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

3.2.2 ULTRASSONOGRAFIA GERAL

Seguirá tabela CBHPM 2012, incluindo orientações gerais de remuneração de exames de imagens, UCO de R\$ 14,33 e filme no valor de R\$ 28,70.

3.2.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Os exames de Tomografia Computadorizada (TC) serão calculados conforme o referencial adotado para SADT.

Os exames de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) serão valorados conforme o quadro abaixo:

RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
-	Ressonância magnética (qualquer topografia)	876,00
-	Ressonância magnética (qualquer topografia) com contraste	961,00
400708128 41001222	PET dedicado oncológico (+ TC específica)	2.875,00

3.3 EXAMES CARDIOLÓGICOS

EXAMES CARDIOLÓGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
20102020	Holter de 24 horas - 3 canais - digital	224,00
20102038	Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas)	224,00
40101010	Eletrocardiograma alta resolução	39,00
40101037	Teste Ergométrico Computadorizado	181,00
20102070	TILT Test	367,00
40901106	Ecodopplercardiograma transtorácico	340,00
20101201	Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo, Sincronizador ou desfibrilador cardíacos	154,00
20102062	Monitor de eventos sintomáticos por 15 a 30 dias (looper)	496,00
40101061	Ergoespirometria ou Teste Cardiopulmonar	316,00
40901050	Ecodopplercardiograma com contraste intracavitário	320,00

3.4 ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40201082 40202666	Colonoscopia com biopsia e/ou citologia	955,00
40201082 40202542	Colonoscopia com polipectomia	1.486,00
40201074	CPRE – colangiopancreatografia retrógrada endoscópica diagnóstica	9.600,00
40201074 40202526	CPRE – colangiopancreatografia retrógrada endoscópica terapêutica	11.000,00
40201120	Endoscopia Digestiva Alta	827,00
40202240	Ecoendoscopia com punção por agulha	7.331,00
40201104	Ecoendoscopia alta	5.376,00
40201171	Retossigmoidoscopia flexível	734,00
40201180	Retossigmoidoscopia rígida	585,00

3.4.1 Os valores de procedimentos endoscópicos em questão incluem:

a. Honorários médicos, incluindo auxiliar e instrumentador; taxa de sala de endoscopia/CC taxa

de recuperação pós anestésica; serviços de enfermagem; taxas de uso de equipamentos (inclusive vídeo endoscópio); gases medicinais e demais materiais necessários para sua execução (instrumental), incluindo materiais descartáveis, medicamentos em geral e anestésicos.

b. Itens excluídos: diárias, honorários anestesiológicos, medicamentos especiais/alto custo, alça de ressecção, cápsula endoscópica e demais materiais especiais (OPME), SADTs de qualquer natureza; e outros honorários médicos de procedimentos por via endoscópica.

c. Serão aceitos os seguintes OPME para endoscopia digestiva alta: pinça para biópsia, balão dilatador, kit ligadura elástica, dilatador Safari, fio guia endoscópico, endoloop, cateter de argônio.

d. Serão aceitos os seguintes OPME para colonoscopia: pinça para biópsia, alça de polipectomia, agulha injetora para esclerose;

e. Serão aceitos os seguintes OPME para CPRE diagnóstica: 1 papilótomo, 1 fio guia hidrofílico biliar;

f. Serão aceitos os seguintes OPME para CPRE terapêutica: 1 balão dilatador/extrator, 1 papilótomo, 1 fio guia hidrofílico biliar, 1 catéter, 1 prótese biliar metálica, 1 cesta para extrações de cálculo biliar (basket); e

g. O honorário anestésico será remunerado conforme código 31602231 (anestesia para endoscopia diagnóstica-porte pareado com preços deste edital).

3.5 OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

OUTROS EXAMES E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
40808050	RX - Ampliação ou magnificação de lesão mamária	59,00
40809161	Punção biopsia aspirativa de órgão ou estrutura orientada por US PAAF DE TIREÓIDE (POR NÓDULO) / PAAF DE LINFONODO (POR NÓDULO) Total do pacote (pacote incluso honorários, OPME – agulha, MAT/MED, taxas de sala e gerais, entre outros)	205,00
40808262	Biopsia percutânea de fragmento mamário (core biopsy) orientada por USG - (HM, MAT/MED, OPME, TAXAS)	1.760,00
40808203	Marcação pré-cirúrgica por nódulo, por USG	302,00
40902030	Biópsia de Próstata transretal - até 8 fragmentos	484,00
40902048	Biópsia de Próstata transretal - mais de 8 fragmentos	569,00
40901793	Elastografia hepática ultrassônica	609,00

40809013	Ductografia (por mama)	267,00
40808203	- Marcação pré-cirúrgica por nódulo - máximo de 3 nódulos por mama, por US (não inclui exame de imagem) - Demarcação de Lesão de Mamas não palpáveis - Detecção Intraoperatória Radioguiada de Linfonodo Sentinela Demarcação pré-cirúrgica (HM, MAT/MED, OPME, TAXAS)	1.300,00
40103170	Eletroencefalograma de Rotina	228,00
40103196	Eletroencefalograma quantitativo (EEGQ) + mapeamento cerebral	266,00
40103200	Eletroencefalograma especial: terapia intensiva, morte encefálica, EEG prolongado (até 2 horas) – beira leito	646,00
40103234	Eletroencefalograma em vigília, e sono espontâneo ou induzido	426,00
40102092	Ph Metria esofágica computadorizada com dois canais	476,00
40102050	Manometria esofágica computadorizada com teste provocativo	710,00
40102068	Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo	492,00
40102076	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres pré-pH-metria	702,00
20104189	Sessão de oxigenoterapia hiperbárica (por sessão de 2 horas)	650,00
20104189	Oxigenoterapia (5 sessões)	3.050,00
40103315	Eletroneuromiografia de MMII	387,00
40103323	Eletroneuromiografia de MMSS	387,00
40103331	Eletroneuromiografia de MMII e MMSS	570,00
40103307	Eletroneuromiografia de face	344,00
40103714	Teste de estimulação repetitiva	204,00
40103528	Polissonografia de noite inteira (PSG) tipo III	1.003,00
40105075	Prova de função pulmonar completa (espirometria)	157,00
40103889	Processamento auditivo central infantil (03 a 07 anos)	322,00
40103897	Processamento auditivo central (acima 07 anos e adulto)	430,00

- a. Os procedimentos de **core biopsy e mamotomia** incluem todo o material e medicamentos de uso geral, eventuais OPME, honorários médicos, taxas de sala e exame de base.
- b. Não inclui o exame anatomopatológico.

4 TABELAS DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS HOSPITALARES

4.1 PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

A contratante pagará ao credenciado os honorários médicos e os valores de portes previstos na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Não haverá distinção

quanto ao tipo de acomodação: tanto para internação em enfermaria quanto em apartamento serão observadas as instruções gerais constantes na referida tabela.

4.1.1 APARTAMENTO: Gerais, oficiais superiores e seus dependentes (**Oficiais Gerais:** Almirante, Almirante de Esquadra, Vice-Almirante, Contra-Almirante. **Oficiais Superiores:** Capitão de Mar e Guerra, Capitão de Fragata, Capitão de Corveta).

4.1.2 ENFERMARIA: Praças, **Oficiais subalternos** (Primeiro-Tenente e Segundo-Tenente) e **Oficiais Intermediários intermediários** (Capitão-Tenente) e seus dependentes.

OFICIAIS	PRAÇAS
Almirante (Alte)	Guarda-Marinha (GM)
Almirante de Esquadra (Alte Esq)	Aspirante (ASP)
Vice-Almirante (V Alte)	Aluno do Colégio Naval (ACN)
Contra-Almirante (C Alte)	Suboficial (SO)
Capitão de Mar e Guerra (CMG)	Primeiro-Sargento (1° SG)
Capitão de Fragata (CF)	Segundo-Sargento (2° SG)
Capitão de Corveta (CC)	Terceiro-Sargento (3° SG)
Capitão-Tenente (CT)	Cabo (CB)
Primeiro-Tenente (1° Ten)	Marinheiro (MN) / Soldado (SD)
Segundo-Tenente (2° Ten)	Aluno de Escola ou Centro de Formação de Sargentos (AFSG)
	Grumete (GR)
	Aprendiz -Marinheiro (AM)

4.2 DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

É compreendido como, o período da acomodação do paciente no leito por um período de no mínimo 12 horas e no máximo 24 horas, em uma instituição hospitalar. As especificidades de horas excedentes de início/fim do período, serão de responsabilidade do auditor analisar na sua totalidade com a instituição hospitalar.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
60000805	QUARTO COLETIVO (diária de enfermaria - quarto coletivo de	336,00

	2 leitos com banheiro privativo)	
60000635	ENFERMARIA (diária de enfermaria com alojamento conjunto e banheiro privativo)	384,00
60000651	APARTAMENTO (diária de apartamento Standart)	490,00
60000848	ALOJAMENTO CONJUNTO (diária de quarto com alojamento conjunto com banheiro privativo)	504,00
60000619	BERÇÁRIO (diária de berçário normal)	332,00
60000775	DIÁRIA DE HOSPITAL DIA – APARTAMENTO	188,00
60000783	DIÁRIA DE HOSPITAL DIA – ENFERMARIA	108,00
60000929	DIÁRIA UTI SEMI INTENSIVA	421,00
60001046	Diária UTI Coronariana	1.020,00
60001048	Diária de UTI Adulto Geral	1.140,00
60001054	Diária de UTI Infantil/Pediátrica	1.208,00
60001062	Diária de UTI Neonatal	1.675,91
60001348	Diária de Isolamento UTI Coronariana	1.326,00
60001330	Diária de Isolamento UTI Adulto Geral	1.326,00
60001356	Diária de Isolamento UTI Infantil/Pediátrica	1.482,00

DESCRIÇÃO PARA ACOMPANHANTE		VALOR (R\$)
Acompanhante (pacientes menores de 18 anos e maiores de 60, conforme determinação legal, além do acompanhante no pós-parto e pacientes oncológicos. Fora destas possibilidades, somente com avaliação do caso pelo médico auditor em conjunto com a equipe assistencial).	Inclui: - acomodação adequada para repouso do acompanhante; - desjejum; - almoço; - lanche da tarde; - jantar; - rouparia de cama e banho.	77,00

4.2.1 COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS

4.2.1.1 DIÁRIAS NORMAIS

Considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermaria, berçário normal e hospital-dia.

INCLUSO:

- Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio);

- Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento;
- Troca de roupa de cama e banho; serviços e cuidados de enfermagem (incluído todas as técnicas de enfermagem);
- Higienização do paciente e desinfecção ambiental;
- Preparo do paciente para procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêutico (tricotomia, enteróclise, lavagem gástrica, venóclise, cateterismos, entre outros);
- Rouparia (permanente ou descartável);
- 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 antisepsia 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; e
- Equipamento de proteção individual.

EXCLUSO:

- Materiais, medicamentos e opme (órteses, próteses e materiais especiais);
- Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico;
- Honorários médicos; e
- Serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT).

4.2.1.2 DIÁRIAS ESPECIAIS

4.2.1.2.1 UNIDADE DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA

O valor da diária compreende todos os itens descritos no item Diárias Normais, além de: monitor multiparamétrico; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; desfibrilador/cardioversor; nebulizador; monitor de P.A.N.I; aspirador, bomba de seringa; bomba de infusão; equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores; utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem; honorários médicos das intercorrências clínicas.

O valor da diária não inclui: todos os itens não compreendidos nas diárias normais.

4.2.1.2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O valor da diária compreende todos os itens descritos no item Diárias Normais, além do leito próprio (comum ou especial), desfibrilador/cardioversor, bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspirador a vácuo, monitor cardíaco, respirador, capnógrafo, monitor multiparamétrico, nebulizador, monitor de P.A.N.I, bomba de seringa, equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores e a utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem. Isolamento, quando necessário.

O valor da diária não inclui: todos os itens não compreendidos nas diárias normais.

4.2.1.2.3 UTI NEONATAL

O valor da diária compreende todos os itens descritos no item Diárias Normais, todos os itens descritos no item Berçário, todos os itens descritos no item UTI, berço aquecido, incubadora, fototerapia, Capacete de Hood, Bilispot ou Bilitron.

O valor da diária não inclui todos os itens não compreendidos nas diárias normais.

4.2.1.2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ESPECIALIZADA

Unidade de Terapia Intensiva especializadas tais como coronariana, neurológica ou outras, devem ter o mesmo tratamento da UTI Adulto.

4.2.2 GASES MEDICINAIS

GASES MEDICINAIS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	FATOR	VALOR (R\$)
60028513	Nitrogênio	HORA	26,00
60028394	Gás carbônico	HORA	19,00
60028572	Óxido Nitroso/ Protóxido de Azoto	HORA	24,00
60034335	Oxigênio	HORA	16,80
60028335	Ar comprimido com oxigênio no respirador/ventilador	HORA	14,00
60028599	Oxigênio no respirador/ventilador	HORA	26,00

4.2.3 TAXA DE EQUIPAMENTOS

CÓDIGO	TAXA	FATOR	VALOR (R\$)
60024976	Aparelho de fototerapia (apartamento/enfermaria)	Hora	9,64
60025212	Aspirador Portátil (será pago em Apartamento E Enfermaria) - Inclui MAT/MED (sonda, gaze, soro, água destilada e luvas)	Uso	36,00
60027738	CPAP ou BIPAP	Dia	41,00
60024070	Bomba de circulação extracorpórea	Uso	515,00
60025662	Bomba de infusão contínua e dieta (apartamento/enfermaria)	Dia	38,84
60026790	Estribo para tração transesquelética	Dia	20,00
60027142	Incubadora de transporte com oxigênio	Dia	138,00
60027134	Incubadora de transporte sem oxigênio	Dia	132,00
60027339	Marca-passo cardíaco temporário	Dia	226,00
60025042	Monitor de pressão venosa central (apartamento/enfermaria)	Dia	39,00
60029188	Monitor cardíaco/ Oximetria contínuo apartamento/ enfermaria)	Dia	47,00
60027169	Arco em C - intensificador de Imagem	Uso	654,00
60026413	Aparelho dermatômetro elétrico	Uso	83,00
60024151	Artroscopia para cirurgia	Uso	270,00
60024160	Artroscopia para diagnóstico	Uso	347,00
60024178	Broncoscópio cirúrgico	Uso	270,00
60024208	Broncoscópio diagnóstico	Uso	150,00
60030402	Capnógrafo, Instalação (SERÁ pago em apartamento uso e enfermaria)	Uso	55,00
60030550	Cardiotocógrafo	Uso	167,00
60026383	Colchão térmico	Dia	50,00
60033916	Craniótomo	Uso	109,00
60026421	Desfibrilador (será pago em apartamento e Enfermaria)	Uso	55,00
60024356	Histeroscópio cirúrgico	Uso	267,00
60024364	Histeroscópio exame	Uso	150,00
60033959	Laser cirúrgico	Uso	150,00

60027304	Manta térmica	Uso	144,00
60027428	Microscópio cirúrgico	Uso	162,00
60029501	Monitorização da pressão intracraniana	Uso	173,00
60027843	Respirador (fora de sala de emergência/ hemodinâmica/ endoscopia/ broncoscopia/ centro cirúrgico e UTI).	Hora	16,00
60027959	Serra elétrica (proced. cirurg. ortopédicos, amputação, cirurgia cardíaca, etc)	Uso	50,00
60024909	Eletrocriocautério	Uso	104,00
60026987	Garrote Pneumático	Uso	23,00
60026308	Halo Craneano	Dia	193,00
60034009	Curativo grande (incluso MAT/MED - exceto especiais)	Uso	43,00
60034017	Curativo médio (incluso MAT/MED - exceto especiais)	Uso	34,00
60034025	Curativo pequeno (incluso MAT/MED - exceto Especiais)	Uso	24,00

4.2.4 TAXAS DE SALAS

CÓDIGO	TAXA	FATOR	VALOR (R\$)
60000333	Taxa compacta de sala centro cirúrgico	Porte 0	156,00
		Porte 1	219,00
		Porte 2	316,00
		Porte 3	389,00
		Porte 4	460,00
		Porte 5	576,00
		Porte 6	710,00
		Porte 7	762,00
		Porte 8	870,00
60023120	Taxa de recuperação anestésica	Uso	50,00
60023082	Taxa de sala de procedimento ambulatorial	Uso	100,00
60023236	Sala de imobilização gessada ou não gessada	Uso	58,00

60023287	Sala de endoscopia	Uso	76,00
60023317	Sala de hemodiálise	Uso	137,00
60000406	Sala de hemodinâmica	Uso	975,00
60023406	Taxa de sala de Quimioterapia	Uso	90,00
60033681	Sala de observação ambulatorial (até 6 horas de permanência)	Uso	79,00
60029080	Isolamento (taxa única)	Uso	183,00
60022817	Nectrotério	Uso	48,00

4.2.4.1 TAXA DE SALA CIRÚRGICA (Independente do porte)

INCLUSO:

- Registro de internação;
- Leito próprio (cama);
- Rouparia de cama e banho do paciente;
- Serviço de camareira, copeira e limpeza;
- Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Cuidados de Enfermagem (administração de medicamentos por qualquer via; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos de monitorização; controle de sinais vitais; controle de diurese; sondagens; mudanças de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia...);
- Cuidados de higiene do paciente e preparo do corpo em caso de óbito;
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;
- Aspirador de secreções;
- Equipamento de Proteção Individual dos profissionais (Luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés...);
- Taxa de curativos;
- Taxa de sala de inalação/nebulização;
- Taxas administrativas;
- Berço comum;
- Taxa de sala de administração de medicamentos; e
- Vedado cobrança caso paciente esteja apenas aguardando leito para internação.

4.2.4.2 TAXA DE SALA ENDOSCÓPICA

INCLUSO:

- Taxa de hora parada;
- Instrumental;
- Anti-sepsia da equipe e do paciente (PVPI degermante, tópico, álcool 70%, álcool iodado);
- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés...);
- Paramentação;
- Campos descartáveis ou reutilizáveis;
- Taxa de esterilização;
- Monitor multiparâmetro (e outros);
- Aspirador de secreções;
- Transporte do Paciente; e
- Criocauterização.

4.1.4.3 TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Inclui todos os itens referentes à Sala de Endoscopia, somente para anestésias.

4.1.4.4 TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Inclui todos os itens do Porte 0 executados em Pronto Socorro.

4.1.4.5 TAXA DE SALA DE GESSO

INCLUSO:

- Taxa de hora parada;
- Instrumental;
- Assepsia da equipe e do paciente (PVPI degermante, tópico, álcool 70%, álcool iodado);
- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés...);
- Paramentação;
- Taxa de curativos;
- Taxa de colocação e retirada de gesso; e
- Transporte do Paciente.

4.1.4.6 TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA

INCLUSO:

- Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); roupa inerente à sala de hemodinâmica;
- Instrumental cirúrgico básico esterilizado;
- Equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia);
- Roupa inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo adesivado com ou sem iodo));
- Medicamentos utilizados em anestesia e intercorrências cirúrgicas e gases medicinais e anestésicos, exceto se constantes na tabela de medicamentos especiais;
- Materiais de punção venosa, rafia, curativo, intubação oro-traqueal para anestesia, cateter de oxigênio, material para punção lombar (raqui);
- Gaze, compressas;
- Sondagem vesical pré-cirúrgica;
- Permanência, cuidados e materiais e medicamentos gastos em SRPA;
- Antibiótico pré-operatório imediato ou pós-operatório imediato;
- Equipamentos: bisturi elétrico e bipolar, aspirador de parede, monitor cardíaco, monitor de P.A. não invasiva, oxímetro, capnógrafo, equipamento de anestesia, bomba de infusão, bomba de seringa, desfibrilador/cardioversor, respirador (aquele que faz parte do carrinho de anestesia), berço aquecido;
- Equipamentos especiais: torres para videocirurgia, endoscópios, colonoscópios, broncoscópios, cistoscópio (dentre outros), geradores para radiofrequência, crioablação e demais equipamentos especiais relacionados a procedimentos específicos; e
- Sala de recuperação anestésica.

EXCLUSO: OPME.

4.1.4.7 TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA

INCLUSO:

- Sala de preparo do quimioterápico (sessão de quimioterapia);
- Serviços de enfermagem;
- Uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos;

- Paramentação de toda a equipe; e
- Curativos pequenos e médios e EPIs.

EXCLUSO: não cabe a cobrança de taxa de sala para administração via subcutânea e/ou via oral.

4.1.4.8 TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO AMBULATORIAL

INCLUSO:

- Assepsia da equipe e do paciente (PVPI degermante, tópico, álcool 70%, álcool iodado);
- Equipamentos de proteção individual (luvas de procedimento, máscaras, gorros, propés...);
- Taxa de curativos.

4.1.4.9 TAXA DE SALA DE ISOLAMENTO

INCLUSO:

- Paramentação (máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante;
- Itens permanentes da acomodação (estrutura física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

5. PACOTE DE PRONTO SOCORRO

TIPO	DESCRIÇÃO DO PACOTE	VALOR (R\$)
	Pacote de pronto socorro Adulto ou Infantil I (sem exames de imagem)	240,00
	Pacote de pronto socorro Adulto ou Infantil II (inclui USG e RaioX)	300,00
	Pacote de pronto socorro Adulto ou Infantil III (Inclui USG, RaioX e TC)	498,00

5.1 Observação sobre tabela de Pronto Socorro:

Nos pacotes acima mencionados estão inclusas consultas de urgência/emergência, incluindo Pediatria, Ortopedia, ginecologia e Obstetrícia; taxas, serviços de enfermagem; materiais descartáveis e medicamentos comuns; exames laboratoriais básicos, descartáveis para assepsia e anti-sepsia, exames de imagem (inclui Raio-x, USG e TC) e cardiotocografia fetal e/ou USG obstétrico com doppler. Observação de até 6h.

Itens excluídos: avaliação ou parecer de outra especialidade médica, painel viral (Dengue, Zika, Chikungunha e COVID-19) e materiais e medicamentos de alto custo.

6 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

DESCRIÇÃO	VALOR
OPME eletivo	3 (três) orçamentos com o valor do mercado local + NF (20% de taxa de Comercialização)
OPME (Situações de urgência)	3 (três) orçamentos com o valor do mercado local + NF (10% de taxa de Comercialização)

6.1 O pagamento referente ao material especial será realizado conforme descrito a seguir:

- Para os casos eletivos, será pago o valor de nota fiscal (NF) referente ao menor valor constante de três cotações obtidas no mercado distribuidor, sendo majorada em 20% (vinte por cento) como custo operacional;
- Nos casos de urgência e emergência, será pago o valor da NF referente ao menor valor constante de três cotações obtidas, sendo majorada em 10% (dez por cento) como custo operacional;
- As faturas que contenham valores referentes à utilização de OPME deverão estar acompanhadas de autorização prévia da Marinha, exceto nos casos de urgência ou emergência devidamente comprovados, nos quais não será exigida autorização prévia;
- Em situações de urgência ou emergência, o uso do material deverá ser comunicado em até 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia útil subsequente ao evento. A caracterização do quadro de urgência estará sujeita à validação por auditoria *in loco*;
- Procedimentos cirúrgicos que exijam a utilização de OPME com valor igual ou superior a R\$ 600,00 (seiscentos reais) deverão ser obrigatoriamente comunicados à Central de Auditoria no prazo máximo de 48 horas (quarenta e oito) horas após sua realização. O descumprimento desse prazo poderá implicar na adoção de medidas administrativas cabíveis, conforme previsto neste edital; e

f. Serão seguidas as normas da ANVISA para tempo de uso e reutilização de materiais médico-hospitalares.

7 MATERIAIS COMUNS DESCARTÁVEIS

DESCRIÇÃO	APRES.	VALOR (R\$)
Agulha anestesia raqui	UN	150,00
Agulha anestesia peridural	UN	30,00
Agulha descartável qualquer tamanho	UN	0,50
Agulha de Huber – qualquer tamanho	UN	60,00
Atadura de crepon – qualquer tamanho	Rolo	3,10
Atadura gessada	Rolo	3,03
Atadura algodão ortopédica	Rolo	1,90
Bolsa colostomia drenável opaca	UN	24,60
Bolsa coletora de urina sistema fechado	UN	19,84
Campo cirúrgico estéril descartável adesivo 600x350mm	UN	20,00
Campo cirúrgico estéril descartável adesivo 900x450mm	UN	35,00
Campo cirúrgico estéril descartável adesivo iodado 600x350mm	UN	50,00
Cateter nasal tipo óculos	UN	8,00
Cateter venoso central de inserção periféricas - PICC	UN	1200,00
Cateter venoso central duplo lumem	UN	310,00
Cateter venoso central triplo lumem	UN	300,00
Cateter duplo lumem para hemodiálise	UN	300,00
Cateter venoso periférico com dispositivo de segurança nº 16 a 24	UN	15,00
Campo Compressa Descartável	Pct c/5	32,00
Compressas de gaze estéril 7,5x7,5 cm	Pct c/10	1,00
Curativo cirúrgico estéril 10 x 15 cm	UN	2,00
Curativo filme transparente estéril para acesso periférico	UN	15,00
Curativo filme transparente estéril para acesso central	UN	88,00
Dispositivo para infusão intravenosa periférica com asas com dispositivo de segurança nº 19 a 27	UN	6,50

Extensor equipo multivias 2 vias	UN	16,00
Extensor de bomba	UN	20,00
Extensor de pressão	UN	20,00
Extensor em PVC de cateter e equipo qualquer tamanho	UN	23,00
Equipo gravitacional microgotas	UN	3,00
Equipo gravitacional macrogotas	UN	2,50
Equipo filtro para sangue ou hemoderivados	UN	100,00
Equipo para solução parenteral em bomba de infusão	UN	180,00
Equipo fotossensível para solução parenteral em bomba de infusão	UN	56,00
Equipo para dieta enteral gravitacional	UN	2,50
Equipo para dieta enteral em bomba de infusão	UN	50,59
Equipo para quimioterapia parenteral, com filtro, para BIC	UN	70,00
Equipo para quimioterapia parenteral, com filtro, para BIC, com fotoproteção	UN	100,00
Filtro para respirador	UN	55,00
Fixador de sonda nasoenteral	UN	17,00
Frasco para dieta enteral 250 ml a 500 ml	UN	7,50
Lâmina de bisturi desc nº 10 a 24	UN	3,38
Luva cirúrgica estéril nº 6 0 a 8,50	UN	2,20
Seringa descartável 1 ml c/ agulha	UN	2,55
Seringa descartável 10 ml c/ agulha	UN	2,28
Seringa descartável 10 ml s/ agulha	UN	2,20
Seringa descartável 20 ml c/ agulha	UN	3,90
Seringa descartável 20 ml s/ agulha	UN	3,35
Seringa descartável 3 ml c/ agulha	UN	2,25
Seringa descartável 3 ml s/ agulha	UN	1,61
Seringa descartável 5 ml c/ agulha	UN	2,89
Seringa descartável 5 ml s/ agulha	UN	1,89
Seringa descartável 60 ml c/ bico luer lok	UN	19,65
Seringa descartável 60 ml c/ bico longo	UN	20,00

Seringa perfusora 20 ml p/ bomba infusão linear	UN	38,00
Seringa perfusora 50 ml p/ bomba infusão linear	UN	32,71
Sistema de drenagem mediastinal/tórax nº 08 a 40	UN	52,00
Sonda aspiração traqueal com válvula nº 04 a 18	UN	5,13
Sonda aspiração traqueal nº 04 a 18	UN	5,13
Sonda de aspiração sistema fechado qualquer tamanho	UN	120,00
Sonda de alimentação dobbhoff	UN	93,00
Sonda de nelaton nº 22 a 38	UN	13,72
Sonda folley 2 vias 1 55 cc nº 06 a 10 em silicone	UN	13,72
Sonda folley 2 vias 30 cc nº 12 a 24	UN	10,20
Sonda folley 2 vias 5 cc nº 10 a 20	UN	8,25
Sonda folley 2 vias pediátrica nº 8 e 10	UN	19,35
Sonda folley 3 vias 30 cc nº 10 a 24	UN	19,27
Sonda gástrica nº 04 a 24	UN	3,48
Sonda uretral nº 04 a 22	UN	2,40
Sonda retal nº 04 a 32	UN	2,92
Torneirinha 3 vias	UN	16,00
Tubo endot de pvc desc nº 2 0 a 9 5 s/ balão	UN	23,25
Tubo endot de pvc desc nº 5 0 a 10 0 c/ balão	UN	30,00
Tubo endotraqueal aramado (1/5) nº 6 ao nº 9	UN	25,20
Transdutor para PAI	UN	280,00

- a. Materiais médico-hospitalares não constantes em tabela própria serão remunerados com base no valor de tabela SIMPRO (PF) + 15%. Na sua ausência, utilizar NF + 20%.
- b. Materiais com valor acima de R\$ 600,00 necessitam de autorização prévia da auditoria da DSM, exceto em urgências comprovadas.
- c. Trocas de cateteres venosos devem ser devidamente justificadas pelo profissional assistente.
- d. Uso de ataduras só será autorizado mediante indicação clínica, não sendo coberto quando usado para contenção no leito.
- e. Serão seguidas as normas da Anvisa para tempo de uso e reutilização de materiais médico-

hospitalares.

Os materiais descartáveis listados a seguir não são custeados pelo FUSMA, pois já estão incluídos no valor das taxas ou dos procedimentos, ou ainda, porque sua responsabilidade é do próprio beneficiário:

ITENS NÃO COBERTOS PELO FUSMA			
Nº	DESCRIÇÃO	Nº	DESCRIÇÃO
1	Abaixador de Língua	48	Fisohex
2	Absorvente higiênico	49	Fita de glicemia
3	Aconchego	50	Fixador externo
4	Água oxigenada	51	Formol
5	Álcool 70% ou Iodado	52	Fralda
6	Aparelho para barbear/ Tricotomia/ Lâmina para tricotomia	53	Frascos para exames
7	Aquecedor e manta térmica	54	Gancho de íris
8	Bacia plástica	55	Gaze Radiopaca
9	Band-aid	56	Gel para biométrica
10	Bandejas em geral	57	Gerador de tecnecia
11	Blusas descartáveis	58	Gernipol
12	Bolsa de água quente	59	Gesso sintético
13	Borracha de silicone	60	Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças
14	Borracha para Aspirador/ Látex/ extensor de O2	61	Imobilizador
15	Cabo bipolar	62	Lanceta
16	Cadeira de Apoio para banho	63	Manta
17	Camisa para microcâmera	64	Látex
18	Campo cirúrgico descartável	65	Lençol descartável
19	Caneta para bisturi descartável	66	Luva para aparelho de laparoscopia
20	Cânula de guedel	67	Manteiga de cacau
21	Capa para microscópio	68	Máscara Laríngea;
22	Capa para vídeo cirurgia	69	Meia, cinta, atadura e calça elástica
23	Cateter duplo lumen	70	Mercúrio de prata
24	Chlorohex, Fisohex, Povidin	71	Muletas

25	Chuca/chupeta	72	Odorizador de ambientes (Bom ar)
26	Cidex	73	Ostedlite
27	Cinta Lombar	74	Palito de laranjeira
28	Clorohex	75	Papa lixo
29	Colar cervical	76	Pasta gel
30	Colete lombar	77	Pijama descartável
31	Combi-red (tampa para soro)	78	Placa para bisturi
32	Conector	79	Plug adaptador
34	Conexão para aspiração, bomba e pressão	80	Sabonete
35	Copo descartável	81	Sandália para gesso e palmilha para calcâneo
36	Cotonete	82	Sensor de oxímetro
37	Creme dental	83	Sensor infantil/ neonatal
38	Dermoidini; Ghm-Hand, Esterilderm	84	Sensor para oxímetro
39	Detergente enzimático ou iodado	85	Subgalato de bismuto
40	Dorme p/ transdutor de pressão	86	Tampa para soro
41	Escova de degermação	87	Termômetros
42	Escova de dente	88	Tipóias
43	Esponjas em geral	89	Toalhas descartáveis
44	Estabilizador de tornozelo	90	Trava interlink
45	Éter benzina e tintura de iodo	91	Tubo de coleta para lâmina de vidro para microscópio
46	Faixa elástica pós-operatório		
47	Filme endoscópico		

8 MEDICAMENTOS

DESCRIÇÃO	VALOR
Medicamento Comum	Brasídice (PF genérico mais barato) com inflator de 15 %

Medicamento de Uso Restrito Hospitalar	Não constantes: NF + 20%
Medicamento Oncológico	

8.1 Observação sobre a tabela de medicamentos:

- a. A revista Brasíndice de referência será a da data do atendimento, levando em conta a coluna referente ao ICMS de Manaus e Rondônia, dependendo do estado em que for prestado o serviço de administração medicamentosa;
- b. Sempre que possível deverá ser utilizado o medicamento genérico; e
- c. Medicamentos de Alto Custo, acima de R\$ 600,00, deverão ter autorização prévia do setor de Regulação da PNMa, exceto para casos de urgências e emergências devidamente comprovadas. Nestes casos, o uso do medicamento deverá ser informado nas primeiras 24 horas do próximo dia útil.

8.1.1. Do Fracionamento, Faturamento e Pagamento de Medicamentos Antineoplásicos:

8.1.1.1 O faturamento e o pagamento dos medicamentos antineoplásicos utilizados nos tratamentos quimioterápicos realizados pela CREDENCIADA dar-se-ão com base na quantidade efetivamente administrada ao paciente, expressa em miligramas (mg) ou na fração do frasco do medicamento efetivamente utilizada, conforme prescrição médica.

8.1.1.2. O fracionamento dos medicamentos deverá observar integralmente as normas sanitárias vigentes, em especial as Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, notadamente a RDC nº 80/2006 e normas que disponham sobre boas práticas de fracionamento, manipulação, armazenamento e dispensação de medicamentos, sob responsabilidade técnica de profissional legalmente habilitado.

8.1.1.3. A CREDENCIADA deverá manter e apresentar, quando solicitado, a documentação comprobatória do preparo, fracionamento e administração do medicamento, incluindo, mas não se limitando a:

- prescrição médica;
- ficha de preparo e administração do quimioterápico;

- registro do lote, validade e quantidade utilizada; e
- identificação do responsável técnico.

8.1.1.4 É vedada a exigência de faturamento exclusivo por unidade comercial fechada (frasco, ampola ou embalagem), quando comprovadamente houver utilização parcial do medicamento.

9 HEMODERIVADOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
40402045	Concentrado de Hemácias	608,00
40402045	Concentrado de Hemácias Lavadas	809,00
40402045	Concentrado de Hemácias Filtradas	827,00
40402045	Concentrado de Hemácias Irradiadas	654,00
40402045	Concentrado de Hemácias Lavadas e Filtradas	973,00
40402045	Concentrado de Hemácias Lavadas e Irradiadas	715,00
40402045	Concentrados de Hemácias Lavadas, Filtradas e Irradiadas	1.022,00
40402045	Concentrado de Hemácias Filtradas e Irradiadas	910,00
40402070	Concentrado de Plaquetas	626,00
40402070	Concentrado de Plaquetas Filtradas	794,00
40402070	Concentrado de Plaquetas Irradiadas	665,00
40402070	Concentrado de Plaquetas Filtradas e Irradiadas	840,00
40402061	Concentrado de Plaquetas por Aférese Filtrada	1.477,00
40402061	Concentrado de Plaquetas por Aférese Filtrada e Irradiada	1.000,00
40402088	Crioprecipitado	626,00
40402096	Plasma Fresco Congelado	624,00
40402100	Sangue total	695,00
40402100	Sangue total irradiado	623,00
40402100	Sangue Total Filtrado	828,00

40402100	Sangue total Filtrado Irradiado	879,00
40404072	Coleta de concentrado de Linfócitos	1.700,00
40402150	Coleta de Concentrado de Granulócitos	1.292,00
40402037	Sangria terapêutica	57,00

9.1 Observações sobre a tabela de hemoderivados:

- a. Nos pacotes de hemoderivados estão incluídos: o honorário médico referente à taxa de transfusão, os honorários de processamento e os honorários de procedimento, ou seja, todos os exames laboratoriais necessários que devem ser realizados no doador e no receptor, referentes à transfusão;
- b. Está incluso no pacote os filtros e os materiais descartáveis utilizados na administração do hemoderivado; e
- c. Outros honorários relacionados à Medicina Transfusional, que não estiverem incluídos nos pacotes, devem ser cobrados de acordo com a CBHPM 2012.

10 SUPLEMENTOS E DIETAS

DESCRIÇÃO	VALOR
Dietas enteriais, parenterais e suplementos nutricionais	Brasíndice (PF com deflator de 15%). Na ausência: NF + 15%

- a. Os suplementos e dietas serão pagos conforme revista Brasíndice (PF), sendo adotada a revista da data de atendimento, levando em conta a coluna referente ao ICMS de Manaus e Rondônia;
- b. Caso os suplementos ou dietas não constem na revista supracitada, serão valorados de acordo com o valor de Nota Fiscal (NF) com inflator de 15%;
- c. Em todos os casos, será pago o fracionamento da dieta, conforme quantidade consumida pelo paciente e não o volume total do frasco; e
- d. Nutrição parenteral deverá ter autorização do médico visitador (auditor) para início em casos eletivos e, em casos de urgência, deverá ser iniciado com a autorização sendo enca-

minhada no primeiro dia útil subsequente ao médico visitador (auditor).

11 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão)	R\$ 887,00
30909031	Hemodiálise crônica - Ambulatorial Paciente IRC, ou portador de HIV, ANTI HBS, ANTI HCV e HBSAG em programa de Diálise: USO ÚNICO	R\$ 1.200,00
30909031	Hemodiálise crônica 2ª a 12ª sessão com reuso de filtro (tratamento mensal)	R\$ 580,16
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 12 horas	R\$ 1.602,00
30909139	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 4 horas ou fração	R\$ 1.012,00
31008011	Diálise peritoneal intermitente - sessão DPI	R\$ 1.050,00
31008038	Diálise peritoneal ambulatorial continua (CAPD)	R\$ 5.644,00
31008020	Diálise peritoneal automatizada - treinamento 9 dias	R\$ 1.163,00

11.1 Observação sobre tabela de Hemodiálise:

- Inclui todos os honorários, materiais comuns, materiais especiais, medicamento e taxas;
- A primeira avaliação do paciente pelo nefrologista será remunerada como PARECER;
- As demais avaliações, desde que relacionadas à manutenção do tratamento previamente iniciado, serão remuneradas como VISITA MÉDICA. A ocorrência de intervalos entre as avaliações não caracteriza novo PARECER, mantendo a remuneração como visita médica;
- A hemodiálise crônica compreende até: 1 sessão crônica + 11 sessões crônicas com reuso do filtro hemodepurador; e
- A hemodiálise aguda será realizada em ambiente hospitalar mediante prescrição do nefrologista.

11.1.1 Hemodiálise Intermitente Hospitalar

Indicada para pacientes estáveis, por um período de até 4 horas.

ITENS INCLUSOS:

- Serviços de enfermagem e auxiliares;
- Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil; locomoção do material e equipe;
- Materiais: 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 01 frasco de concentrado ácido, 02 frascos de concentrado básico; e Honorários médicos diálise. Sem reuso de capilares e linhas.

ITENS EXCLUSOS:

- Honorários médicos para acesso para hemodiálise;
- Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e
- Parecer /visita médica.

11.1.2 Hemodiálise Intermitente Hospitalar Extendida até 12 horas

Indicada para pacientes graves que necessitem de métodos lentos de hemodiálise (HDC).

ITENS INCLUSOS:

- Serviços de enfermagem e auxiliares;
- Equipamentos: taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem. Inclui bombas de duplo canal de infusão e sistema de tratamento de água portátil;
- Locomoção do material e equipe;
- Materiais: 01 capilar, 01 linha arterial, 01 linha venosa, 01 par de agulhas de fistula 16 ou 17, 02 isoladores de pressão, 03 frascos de concentrado ácido, 04 frascos de concentrado básico; e honorários médicos para diálise. Sem reuso de capilares e linhas.

ITENS EXCLUSOS:

- Honorários médicos para acesso para hemodiálise;
- Cateter de duplo ou triplo lúmen para hemodiálise; e
- Parecer /visita médica.

11.1.3 Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias – treinamento

Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).

11.1.4 Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) por mês/paciente

Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).

11.1.5 Diálise peritoneal intermitente agudo por sessão de 12 horas

Incluso no valor do pacote: Honorários médicos e de enfermagem, taxa de equipamentos, deslocamento, materiais descartáveis e medicamentos específicos ao procedimento (heparina, soro fisiológico e soluções).

12 RADIOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
41203062	Radioterapia 3 D (qualquer topografia)	9.665,35
41203054	Radioterapia IMRT (qualquer topografia)	13.751,60

12.1 Observações sobre a tabela de radioterapia:

- Os pacotes acima incluem: megavoltagem em acelerador linear, planejamentos complexos para Radioterapia conformacional (incluso tomografia computadorizada – TUSS 41001532), simulações de tratamento complexas, materiais inerentes a imobilizações, taxas de sala em geral e honorários médicos, além de consultas com enfermeira, nutricionista e/ou psicóloga, se necessário e correspondem ao tratamento completo.
- Caso o beneficiário necessite de procedimentos de braquiterapia, estes deverão ser solicitados e avaliados quanto à pertinência, plano terapêutico e preço pela PNMa.
- Nos casos de braquiterapia, o descarte do material radioativo é de responsabilidade da OSE (Organização de Saúde Extra-Marinha).
- As radioterapias paliativas são aquelas que se destinam a controle local de sintomas, limita-

ção de progressão local de doença, bloqueio de sangramento dentre outros e realizam número menor de sessões.

13. REMOÇÃO HOSPITALAR

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
60034777	Ambulância tipo B (básica) - Transporte em ambulância simples remoção – Perímetro urbano e intermunicipal até 100 km – ida e volta	383,00
60034874	Ambulância Tipo D - Remoção ambulância UTI móvel com médico – Perímetro urbano e intermunicipal até 100 km - somente ida	1.054,00

13.1 Observação sobre a tabela de remoção hospitalar:

- Remoção para Unidade Hospitalar de referência ou OSE em caso de intercorrência clínica é de responsabilidade da OSE prestadora de assistência domiciliar.
- Remoções de caráter eletivo preferencialmente serão realizadas por OMS (Organização Militar de Saúde).
- Na impossibilidade das situações anteriores, pela OSE prestadora de assistência domiciliar, mediante autorização da OSE encaminhadora.
- A hora parada se caracteriza pelo tempo em que a ambulância permanece à disposição do paciente em transportes em que é necessária parada para realização de exames, por exemplo;
- Adicional de R\$2,75 por km excedente em ambulância tipo B.
- Adicional de R\$5,25 por km excedente em ambulância tipo D.

14. PACOTES DE PROCEDIMENTOS

- Os pacotes de procedimentos incluem honorários da equipe cirúrgica.
- Os pacotes incluem material e medicamentos (MA/MED), diárias e taxas hospitalares.
- Nenhum pacote inclui honorário do anestesiológico, que será sempre remunerado paralelamente, conforme tabela disposta no item 2.1.2 deste referencial de preços.
- Alguns pacotes incluem OPME.
- Cada pacote inclui os códigos listados na primeira coluna, à esquerda.
- A relação de OPME de cada procedimento baseia-se nas orientações das sociedades médi-

cas e da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) e serve de direcionamento para autorização, pois os OPME fora das relações pré-estabelecidas necessitam de justificativa robusta para aprovação.

g. Procedimentos diversos realizados no mesmo tempo cirúrgico e pela mesma via serão remunerados em 100% no maior valor e em 50% nos demais valores (mesmo se tratando de pacotes).

h. Procedimentos diversos realizados no mesmo tempo cirúrgico e por via diversa serão remunerados em 100% no maior valor, em 70% no segundo valor e em 50% a partir do terceiro procedimento (mesmo se tratando de pacotes).

i. Os OPME serão, preferencialmente, fornecidos pelo PNMa.

j. Caso não possam ser fornecidos pela PNMa, serão remunerados conforme as regras dispostas no item 6 deste referencial de custos.

14.1 GINECOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
31303188	Histeroscopia com ressectoscópio para miomectomia, polipectomia, metroplastia, endometrectomia e ressecção de sinéquias	5.000,00
31303234	Histerectomia laparoscópica com anexectomia (inclui Salpingectomia laparoscópica e Ooforoplastia ou Ooforectomia Laparoscópica)	10.996,00
31304087	Salpingectomia laparoscópica	7.877,00
31305032	Ooforoplastia ou ooforectomia laparoscópica	8.847,00
31303250	Miomectomia	3.824,00
31304087 31305032	Salpingectomia laparoscópica + Ooforoplastia ou ooforectomia laparoscópica.	10.259,00
41301102 41301544	Colposcopia com biópsia por vídeo	294,00

14.1 Observações sobre tabela de ginecologia:

a. Nos pacotes acima estão incluídos OPME, equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliar e instrumentador cirúrgico), materiais e medicamentos (MAT/MED), diárias, taxas hospitalares e visita médica pós-cirúrgica. Não inclusos honorários do anestesista.

- b. De acordo com a DGPM 401 (4ª Revisão), a aquisição do Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre ou MIRENA (DIU hormonal) ficará a cargo do usuário do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). Não é previsto o reembolso para o DIU adquirido pelo usuário.
- c. Os materiais essenciais, códigos CBHPM padrões serão baseados nos respectivos manuais de codificação das especialidades: Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica (SOBRACIL), Manual de Orientação Endoscopia Ginecológica (FEBRASGO). Materiais excedentes deverão ser justificados em relatório médico.
- d. Os códigos TUSS associados aos pacotes de procedimentos acima incluem todos os códigos e atos médicos necessários para o acesso cirúrgico, realização do procedimento e fechamento dos planos.
- f. O fornecimento do aparelho de histeroscopia poderá ser feito pelo médico ou pelo hospital credenciado, sendo remunerado na taxa de sala correspondente.

14.2 MASTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30602084	Exérese de Mama supra numeraria – Unilateral	1.042,00
30602050	Drenagem de abscesso de mama	673,00
30602017	Biopsia Incisional de Mama	713,00
30602092	Exérese de nódulo - em mama	890,00
30602149 30602130	Mastectomia radical ou radical modificada - qualquer técnica + Linfadenectomia (50%) (oncológico)	5.429,00
30602157 30602289	Mastectomia Simples + Biopsia de linfonodo sentinela axilar	3.929,00

14.2.1 Observação sobre tabela de mastologia:

- a. Os procedimentos acima estão sujeitos à análise e parecer da DSM.
- b. Nos pacotes acima estão incluídos OPME, equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliar e instrumentador cirúrgico), materiais e medicamentos (MAT/MED), diárias, taxas hospitalares e visita médica pós-cirúrgica. Não inclusos honorários do anestesista.

14.3 OBSTETRÍCIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
31309054	Parto Cesariana	5.500,00
31309038	Parto Normal	5.000,00

Inclui todos os itens para o procedimento (parto cesáreo ou normal) e 3 dias em apartamento (incluindo dia da alta): diárias, taxas, gases, equipamentos, materiais, medicamentos, exames e honorário médicos e não médicos. Exclui anestesista.

14.3.1 Parto normal

Incluso no valor do pacote: até 03 diárias de apartamento, diária de alojamento conjunto ou berçário, sala de parto, recuperação pós-anestésica, honorários médicos do neonatologista/pediatra na sala de parto e berçário, serviços de enfermagem, fototerapia, medicamentos e materiais descartáveis pertinentes ao procedimento, avaliação obrigatória do neonato antes da alta hospitalar (ex: teste orelhinha, linguinha, etc.), fisioterapia e fonoterapia.

Excluído do valor do pacote: hemoterapia, intercorrências/complicações no período previsto, UTI neonatal, honorários médicos do obstetra e do anestesiológico.

14.3.2 Parto cesárea

Incluso no valor do pacote: até 03 diárias de apartamento, diária de alojamento conjunto ou berçário, sala de parto, recuperação pós-anestésica, honorários médicos do neonatologista/pediatra na sala de parto e berçário, serviços de enfermagem, fototerapia, medicamentos e materiais descartáveis pertinentes ao procedimento, avaliação obrigatória do neonato antes da alta hospitalar (ex: teste orelhinha, linguinha, etc.), fisioterapia e fonoterapia.

Excluído do valor do pacote: hemoterapia, intercorrências/complicações no período previsto, UTI neonatal, honorários médicos do obstetra e do anestesiológico.

14.4 HEMATOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
-	Avaliação de hematologista para pacientes internados ou não	300,00
40304485	Coleta de exame de mielograma	523,00

40403068	Coleta de biópsia de medula óssea	1.131,00
40403254	Coleta de exame de imunofenotipagem para classificação de leucemias	1.804,00
40304710	Coleta de exame de imunofenotipagem para HPM	1.721,00
40501043	Coleta de exame de cariótipo	2.190,00
40304485 40403254	Coleta dos exames por via única de acesso (mielograma, biopsia, imunofenotipagem, cariótipo)	3.383,00

14.4.1 Observação sobre a tabela de Hematologia:

Todos os procedimentos incluem: honorários médicos, materiais, medicamentos, OPME e taxas.

14.5 OTORRINOLARINGOLOGIA

CÓDIGO	PACOTE DE PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30501369 30501539	Septoplastia (qualquer técnica)	3.366,00
30501520	Rinosseptoplastia funcional por videoendoscopia	3.231,00
30205050	Amigdalectomia unilateral (palatinas)	2.642,00
30205069	Amigdalectomia unilateral (lingual)	2.614,00
30205034	Amigdalectomia com Adenoidectomia	1.800,00
30501008	Turbinectomia ou turbinoplastia unilateral	400,00
30501067	Cauterização de cornetos nasais inferiores (unilateral)	255,00
40201210	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível	341,00
40201228	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica rígida	254,00
40201252	Video-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível	349,00
40201260	Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio rígido	451,00
40202372	Laringoscopia com Retirada de corpo Estranho de Laringe-Faringe	534,00
40202488	Nasofibrolaringoscopia	148,00

14.5.1 Observações tabela de pacotes para tratamento otorrinolaringologia:

- a. Os pacotes acima incluem: honorários da equipe cirúrgica (cirurgião principal, auxiliares e instrumentador), materiais, medicamentos e OPME.

- b. Os códigos TUSS associados aos pacotes de procedimentos acima incluem todos os códigos e atos médicos necessários para o acesso cirúrgico, realização do procedimento e fechamento dos planos.
- c. Não inclui análise laboratorial e honorário anestésico.
- d. Aceitam-se, para todos os procedimentos de otorrinolaringologia, 01 (um) diária em apartamento, enfermaria ou hospital-dia, havendo glosa automática das demais diárias caso não justificadas adequadamente;
- e. A realização de procedimentos concomitantes (mesmo tempo cirúrgico) serão remunerados em 70% a partir do segundo procedimento e 50% do valor a partir do terceiro procedimento, remunerando-se 100% o pacote de valor mais alto.

14.6 UROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
31206220	Postectomia	1. 713,00
40201066	Cistoscopia e/ou uretroscopia	2.591,00
31203159	Varicocele (bilateral)	2.424,00
31103561	Cistolitotripsia a Laser (Sessão inclui insumos, equipamentos, HM e taxas)	10.906,00
31102360 31102565 31102042 31102050 31102069 31102077 31102220	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser com implante de cateter duplo J, com ou sem retirada de cateter	13.970,00
31102360	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral sem colocação de cateter	13.964,00
31102379	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral sem colocação de cateter	10.299,00
31103472	Retirada de Duplo J	2.000,00
31102077	Colocação de Duplo J - Urgência	2.793,00

14.6.1 Observações pacote de urologia:

- a. De acordo com a DGPM-401, o procedimento de Vasectomia necessita de parecer da

Comissão de Planejamento Familiar, além de Termo de Consentimento e Ata de Conferência, em posse do usuário, na qual está registrada a opção pela vasectomia.

b. Os pacotes acima incluem os honorários da equipe cirúrgica (médico cirurgião principal, auxiliar e instrumentador), visita médica durante o período de internação, materiais descartáveis e medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessários aos procedimentos e eventuais OPME que possam ser necessários.

c. Os códigos TUSS associados aos pacotes de procedimentos acima incluem todos os códigos e atos médicos necessários para o acesso cirúrgico, realização do procedimento e fechamento dos planos.

d. Excluído do valor do pacote: honorário anestésico.

14.7 CIRURGIA PEDIÁTRICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
31003583	Apendicectomia pediátrica por videolaparoscopia	4.555,00
31009069	Hérnia inguinal pediátrica encarcerada ou não – tratamento cirúrgico aberto (convencional) – unilateral	1.718,00
31009069	Hérnia inguinal pediátrica encarcerada ou não – tratamento cirúrgico aberto (convencional) – bilateral	2.081,00
31002056	Gastrostomia percutânea pediátrica – confecção (procedimento principal)	1.964,00
31003214	Colostomia ou enterostomia pediátrica	1.486,00
31203132	Orquidopexia ou orquiectomia pediátrica unilateral – tratamento cirúrgico por Videolaparoscopia	3.024,00
31203060	Orquidopexia ou orquiectomia pediátrica unilateral – tratamento cirúrgico aberto (convencional)	1.461,00
31009069 31009166	Hérnia inguinal pediátrica unilateral encarcerada ou não – tratamento cirúrgico aberto (convencional) associada à hérnia umbilical pediátrica – tratamento cirúrgico aberto (convencional)	2.458,00
31206220	Postectomia pediátrica	1.435,00
31009166 31206220	Hérnia umbilical pediátrica – tratamento cirúrgico – associada à postectomia pediátrica	1.437,00
31009166	Hérnia umbilical pediátrica	868,00
31002056	Gastrostomia percutânea pediátrica – confecção (procedimento associado)	1.660,00

14.7.1 Observação sobre tabela de Cirurgia pediátrica:

- a. Os pacotes acima incluem os honorários da equipe cirúrgica (cirurgião principal, auxiliar e instrumentador cirúrgico), visita médica durante o período de internação, materiais descartáveis, OPME, medicamentos de uso geral, taxa de sala e de equipamento necessários aos procedimentos.
- b. Os códigos TUSS associados aos pacotes de procedimentos acima incluem todos os códigos e atos médicos necessários para o acesso cirúrgico, realização do procedimento e fechamento dos planos.
- c. Excluído: Honorários anestésicos.

14.8 CIRURGIA CARDÍACA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30911087	Cineangiocoronariografia (cateterismo cardíaco D/E)	3.818,00
30912040	Angioplastia coronariana transluminal percutânea (ACTP) por balão	5.397,00
30911141	Estudo ultrassonográfico intravascular e/ou intracavitário do coração (USIC) Inclusos no pacote: Todos serviços hemodinâmica + material + honorários médicos; *Procedimento deve ser sempre feito durante o cateterismo ou angioplastia; *Equipamentos hospitalares relativo ao procedimento; *Cateter diagnóstico, fio 0.014mm, Kit Y.	15.100,00
30912261	Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent	28.500,00

Todos os pacotes de cirurgia cardíaca acima, incluem OPME, equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliar e instrumentador cirúrgico), materiais e medicamentos (MAT/MED), diárias, taxas hospitalares e visita médica pós-cirúrgica. Não inclusos honorários do anestesista.

MATERIAIS E CÓDIGOS ACEITOS NOS PROCEDIMENTOS DE CIRURGIA CARDÍACA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (os materiais não estão inclusos no pacote e serão sujeitos a auditoria prévia e posterior.

Revascularização do Miocárdio	
30903025 30904080 30905036 30906164 30913098 30999006 30999006 30905010 30905060 10102019	-Kit CEC (hemoconcentrador, oxigenados de membrana, conjunto de tubos de CEC, reservatório de cardiologia, sistema de cardioplegia, filtro de cardioplegia, filtro de linha arterial, kit cânulas CEC); - Aspirador cardíaco; - Cânula arterial; - Cânula venosa; - Biopump; - Kit PAM adulto; - Balão intra-aórtico (justificado); - Cell saver; - Gelfoam/ Spongostam; - Fios de marcapasso epicárdico;
Troca de gerador de cardiodesfibrilador (CDI), eletrodos ou marcapasso uni ou bicameral, multissítio ou ressincronizador	
30904102	Gerador específico para o tipo de troca necessária;
Cineangiocoronariografia (Cateterismo Cardíaco D/E)	
	- Até 2 introdutores arteriais valvulados 5-8F(11-28 cm); - 1 fio guia 0,35 curvo 150-180 cm; - 1 fio guia 0,35 curvo 260 cm (justificado); - 1 fio guia hidrofílico 0,35 cm (justificado); - Até 3 cateteres diagnósticos paracoronariografia (Judkind Left, JudkindRight, Pigtail); - 1 manifold 3 vias; - 1 transdutor pressão invasiva; - 1 extensor de bomba de alta pressão.
Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea (ACTP) por Balão	
30912040	- 1 Agulha de punção; - 1 introdutor; - 1 cateter guia; - 1 guia, 35"te filamentado ou hidrofílico - 1 conector de pressão invasiva - 1conector para Y- manifold - 1 Manifold - 1 Transdutor de pressão

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Conector em Y - 1 guias 0,014" metálica - 1 cateter balão (mais sob justificativa, a depender no número de vasos acometidos/stents utilizados); - 1 indeflator (idem acima); - 1 stent (idem acima); - 1 Filtro de proteção distal (justificado); - 1 Oclutor femoral (justificado).
Estudo Untrassonográfico Intravascular E/Quintracavitário Do Coração (USIC)	
30911141	<ul style="list-style-type: none"> - 2 introdutores arteriais valvulados 5-8 F 11-28 cm; - 1 fio guia 0,35 curvo 150-180 cm; - 1 fio guia 0,35 curvo 260 cm; - 1 fio guia hidrofílico 0,35 (justificado); - 2 cateteres guias de angioplastiacoronariana; - 1 kit passa fio; - 1 Y valvulado; - Até 2 fios guias de angioplastia 0,014"; - 1 transdutor de pressão invasiva; - 2 extensores de bomba para uso comvasodilatador (justificado); - 1 manifold 3 vias de alta pressão; - 1 cateter USG coronarino; - 1 sistema de pull Back USG – trenó deretração descartável; - 1 Oclutor femoral (justificado).
Angioplastia Transluminal Percutânea De Bifurcaçãoção E De Tronco Com Implante De Stent	
30912261	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Agulha de punção; - 1 introdutor; - 1 cateter guia; - 1 guia 0,35"te finada ou hidrifílico; - 1 conector de pressão invasiva; - 1conector para Y- manifold; - 1 Manifold; - 1 Transdutor de pressão; - 1 Conector em Y 2 guias 0,014" metálica; - 2 cateteres balão (mas sob justificativa); - 2 indeflator; - 2 stents farmacológico (mas sob justificativa); - 2 cateteres balão não complacente (mas sobjustificativa); - 1 Filtro de proteção distal (justificado); - 1 Oclutor femoral (justificado)

14.8.1 Observações quanto à tabela de materiais aceitos nos procedimentos de cardiologia intervencionista, cirurgia cardíaca e arritmologia:

a. Nos pacotes acima estão incluídos OPME, equipe cirúrgica (cirurgião, auxiliar e

instrumentador cirúrgico), materiais e medicamentos (MA/MED), diárias, taxas hospitalares e visita médica pós-cirúrgica. Não inclusos honorários do anestesista.

b. Os materiais e códigos constam no Manual de Orientação para Solicitação de Procedimentos na Cardiologia Intervencionista da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista;

c. Os materiais estão sujeitos a auditoria prévia e posterior.

14.9 CIRURGIA VASCULAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30907144	Varizes tratamento cirúrgico - um membro	1.717,00
30907136	Varizes tratamento cirúrgico - dois membros	2.451,00
30913101	Implante de Cateter de Longa Permanência (NNP, QT ou hemodepuração)	3.113,00
30913128	Retirada de Cateter de Longa Permanência	462,00
30913144	Confeccção de Fístula Arteriovenosa para Hemodialise com ou sem enxerto	1.287,00
30101280	Desbridamento Cirurgico Por Unidade Topografica (1UT)	505,00
30725038	Amputação à nível de coxa	7.048,00
30727049	Amputação à nível de perna	3.608,00
30729017	Amputação à nível de pé	4.425,00
30722071	Amputação à nível de pododáctilos	2.270,00
30730090	Fasciotomia descompressiva	2.080,00
30913012	Implante de cateter venoso central por punção, por NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas.	1.156,00
31008070	Instalação de cateter Tenckhoff	2.674,00
31008097	Retirada de cateter Tenckhoff	R\$ 406,00

14.9.1 Observações procedimentos de cirurgia vascular:

a. O pacote acima está incluído os honorários médicos da equipe cirúrgica (cirurgião principal, auxiliar e instrumentador).

b. Os pacotes acima incluem todos os códigos descritos e propostos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular (Lista de Procedimentos Vasculares: Materiais Sugeridos/Pertinentes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular) e englobam todo o ato cirúrgico, com abertura dos planos, realização do procedimento e fechamentos dos planos.

c. Excluído: honorário do anestesista e OPME.

14.10 OFTALMOLOGIA

14.10.1 PACOTE PARA TRATAMENTO EM ONCOLOGIA OCULAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30307139	Tratamento Ocular com Ozurdex 0,7 mg IMMPLA. INVI - Por olho (ou Eylia)	5.000,00
30307147	Tratamento Ocular com Avastim, 25 mg/Sol.Inj.IV FA - 01 ml por sessão - monocular	2.010,00
30306027	Tratamento Ocular com LUCENTIS	3.615,00

Observações tabela de pacotes para tratamento oncologia ocular:

- No pacote acima, em caso de aplicação em ambos os olhos no mesmo dia, será cobrado de honorários médicos 100% o primeiro olho e 70% o segundo;
- No pacote acima está incluído os honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas diversas, taxa de bloco e diária hospitalar.

14.10.2 EXAMES DA OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	EXAME	VALOR (R\$)
41301013	Angiofluoresceinografia monocular	162,00
41501012	Biometria ultrassônica monocular	96,00
40103137	Campimetria computadorizada monocular	77,00
41301080	Ceratoscopia monocular	111,04
41301129	Curva tensional diária binocular	80,00
41301242	Gonioscopia binocular	31,37
41301250	Mapeamento de retina monocular	58,24
41301269	Microscopia especular de córnea monocular	132,68
41501128	Paquimetria ultrassônica monocular	61,29
40103030	Pentacan monocular	219,00
41301307	Potencial de acuidade visual monocular	31,00
40103250	Retinografia monocular	60,54
41301170	Teste de Schirmer (avaliação de vias lacrimais)	84,40
20101198	Teste de lente de contato bilateral	17,00
41501144	Tomografia de coerência óptica monocular	259,00

41301323	Tonometria binocular	32,37
40901521	Ultrassonografia biomicroscópica monocular	175,00
40901530	Ultrassonografia diagnóstica monocular	137,00
41401301	Teste provocativo de glaucoma	30,76

Todo teste monocular somente será pago se o oftalmologista solicitar especificamente a realização do exame em um único olho. É vedado ao credenciado a opção por exames monoculares exclusivamente para auferir benefícios financeiros.

Nos exames acima estão incluído os honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas diversas, taxa de bloco e diária hospitalar.

14.10.3 PROCEDIMENTOS EM OFTALMOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
30310016	Biopsia (Iris e Corpo Ciliar) Monocular	592,00
30730023	Biópsia (Músculo) Monocular	452,00
30301025	Biópsia (Pálpebra) Monocular	135,85
30303028	Biopsia de (Conjuntiva) monocular	150,00
30312027	Biópsia de Retina monocular	1,196,00
30301041	Calázio (Pálpebra) Monocular	450,00
30306019	Capsulotomia Yag Laser	694,00
30304016	Cauterização e úlcera (Córnea) Monocular	225,00
30304024	Ceratectomia Superficial monocular	909,00
30306086	Cirurgia refrativa monofocal	1.377,00
30310032	Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosa (Iris e Corpo Ciliar) Monocular	1.496,75
30304032	Corpo estranho – Retirada (Córnea) Monocular	256,00
30301092	Correção de Bolsa (Palpebral) Monocular	1.318,00
30304105	Delaminação Corneana com Fotoablação Estromal	2.043,00
30301106	Dermatocalaze ou Blefarocalaze (pálpebra) monocular	847,00
30301084	Ectrópio (pálpebra) Monocular	1.215,00
30301084	Entrópico (pálpebra) Monocular	1.215,00
30309018	Enucleação ou Evisceração (Bulbo Ocular) com ou sem implante monocular	1.391,00

30308020	Enxerto de Esclera (qualquer técnica) monocular	1.295,00
30311047	Estrabismo Horizontal (Musculo) Monocular	1.469,00
30303060 30303010	Exérese de Pterígio + Auto implante Conjuntival, por olho	1.000,00
30303060	Exérese de Pterígio, por olho	184,00
30312035	Exérese de Tumor de Coróide ou Corpo Ciliar (Retina) monocular	1.894,00
30306043	Facectomia sem Implante (LIO) (Cristalino) Monocular	1.477,83
30306027	Facectomia por Facoemulsificação com LIO Dobrável nacional, por Olho	3.300,00
30313040	Fechamento dos Pontos Lacrimais (Vias Lacrimais) Monocular	272,00
30312043	Foto coagulação Unilateral	561,00
30304083	Implante de Anel Intraestromal (Anel de Ferrara) monocular	3.104,00
30307040	Implante de Silicone Intravítreo (Corpo Vítreo) Monocular	994,00
30302080	Implante Secundário (Órbita) monocular	1.097,00
30306086 30307112	Implante Secundário + Vitrectomia Anterior + Fixação de Lio	3.651,00
30303044	Infiltração sub-conjuntival monocular	29,00
30309026	Injeção Retrobulbar - Denervação química (Bulbo Ocular) Monocular	266,00
30310083	Iridectomia (Laser ou Cirurgias) Monocular	640,00
30310091	Iridociclectomia	1.854,00
41301595	Mapeamento de Retina Sob Sedação Monocular	323,00
30305012	Paracentese (Câmara Anterior) Monocular	300,00
30301181	Ptose (pálpebra) Monocular	1.100,00
30304059	Recobrimento - Conjuntival Monocular	972,00
30313058	Reconstituição das Vias Lacrimais Monocular	1.197,00

30302102	Reconstituição de cavidade (conjuntiva) monocular	1.453,00
30309034	Reconstituição de bulbo ocular monocular	2.251,00
30302102	Reconstituição de Paredes Orbitárias Monocular	2.194,00
30305020	Reconstrução de Câmara Anterior	1.550,00
30306086	Refrativa Binocular (Personalizada)	2.749,00
30305039	Remoção de Hifema (Câmara Anterior) Monocular	1.215,00
30312086	Retinopexia com Introflexão Escleral	2.500,00
30305047	Retirada de Corpo Estranho (Câmara Anterior) Monocular	1.396,00
30307074	Retirada de Corpo Estranho (Corpo Vítreo) Monocular	1.175,00
30301203	Retração Palpebral Monocular	1.088,00
30313066	Sondagem de Vias Lacrimais Monocular	367,00
30304067	Sutura (Com ou sem hérnia) (Córnea) Monocular	1.159,00
30303087	Sutura (Conjuntiva) monocular	160,00
30308038	Sutura (Esclera) Monocular	716,00
30301238	Sutura (pálpebra) Monocular	453,00
30304075	Tarsoconjuntivoceratoplastia Monocular	1.431,00
30301246	Tarsorrafia Monocular	748,00
31501010	Transplante (Córnea) Monocular	1.879,00
30302137	Tumor – Exérese (Órbita) monocular	1.912,00
30301190	Tumor – Exérese (pálpebra) monocular (Ressecção de Tumor Palpebral)	667,00
30303109	Tumor – exérese de (conjuntiva) monocular	580,00
30307104	Vitrectomia a Céu Aberto com Ceratoprótese Monocular	2.657,00
30307112	Vitrectomia Anterior Monocular	2.073,00
30307120	Vitrectomia PARS Plana	4.000,00
30307120	Vitrectomia PARS Plana + Endolaser	4.410,00

30307031		
30307120 30307031 30312086	Vitrectomia PARS Plana + Endolaser + Retinoplexia	5.963,00
30307120 30307082	Vitrectomia PARS Plana + Remoção de Óleo de Silicone	4.775,00
30307120 30312086 30307031 30307082 30306027	Vitrectomia PARS Plana + Retinoplexia + Endolaser + Óleo de Silicone + Facectomia C/ Lio por Facoemulsificação	8.500,00
30307120 30312086 30307031 30307082	Vitrectomia PARS Plana + Retinoplexia + Endolaser + Óleo de Silicone	7.282,00
30301270	Xantelasma (Palpebra) Monocular	793,00

14.10.3.1 Observações sobre tabela de pacotes de oftalmologia:

- a. Nos pacotes acima estão inclusos os honorários médicos, materiais, medicamentos, taxas diversas, taxa de bloco, diária hospitalar e OPME;
- b. Nos pacotes de oftalmologia não estão inclusos os honorários do anestesista.
- c. Para a tabela de pacotes de procedimentos de oftalmologia, será adotado, como referencial, a Tabela CBHPM 2014 plena com UCO de R\$ 16,15.

15. TERAPIAS AUXILIARES

15.1 CONSULTAS E AVALIAÇÕES AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
50000560 50000691	Nutricionista	70,00
50000470	Psicologia	70,00
50000470	Psicoterapia (individual)	70,00
50000080	Terapia Ocupacional	65,00
50000470	Neuropsicologia	80,00
50000586 50000608	Fonoaudiologia	72,00
50000160	Fisioterapia	64,00

15.1.1 Observações sobre os serviços de psicologia, fonoaudiologia e nutrição, respectivamente:

Para procedimentos não contemplados na tabela acima, deverão ser adotadas as seguintes referências de honorários com aplicação de deflator de 20%: Tabela de Referência de Honorários de Psicologia – Conselho Federal dos Psicólogos CFP/INFP 2019; Tabela SINDI-FONO-GO 2016; e Tabela de Honorários de Nutricionista – Sindicato dos Nutricionistas do Amazonas SINDINUTRI/AM com USN (Unidade de serviços em Nutrição) = R\$ 50,00.

15.2. LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE FISIOTERAPIA

CÓDIGO (RNPF)	PROCEDIMENTOS	VALOR
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E/OU PERIFÉRICO		
13106939	Disfunção neuro funcional, paciente com dependência total – AMBULATORIAL	61,00
13106940	Disfunção neuro funcional, paciente com dependência total – HOSPITALAR	65,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LOCOMOTOR MÚSCULO-ESQUELÉTICO		
13106942	Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial – AMBULATORIAL	52,00
13106944	Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial – HOSPITALAR	65,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
13106946	Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, em grupo – AMBULATORIAL	45,00
13106964	Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, em grupo – HOSPITALAR	63,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DO SISTEMA GENITAL REPRODUTOR E EXCRETOR (URINÁRIO E PROCTOLÓGICO)		
13106964	Disfunção do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/ proctológico) – AMBULATORIAL	181,00
13106965	Disfunção do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/ proctológico) – HOSPITALAR	181,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PREPARAÇÃO DE COTO NA AMPUTAÇÃO		

13106997	Atendimento fisioterapêutico para preparação de coto na amputação unilateral	58,10
13106998	Atendimento fisioterapêutico para treinamento protético na amputação unilateral	55,34
OUTROS ATENDIMENTOS EM FISIOTERAPIA		
131069110	Reabilitação perineal com Biofeedback	149,00
13106969	Reabilitação Vestibular (disfunções labirínticas)	60,00
13106983	Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) - Grupo	31,20
13106984	Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) - Individual	58,00

15.2.1 Observações sobre a tabela de Fisioterapia e terapia ocupacional:

Em caso de procedimento não enquadrado na tabela acima, levar-se-á em conta a quantidade de CHF da RNPF 2017 ou imediatamente superior com CHF no valor de R\$ 0,39.

15.3. LISTA REFERENCIAL DE FONOAUDIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
40103072	Audiometria tonal limiar com testes de discriminação	75,00
40103080	Audiometria tonal limiar infantil condicionada (qualquer técnica) - Peep-show	125,00
40103099	Audiometria vocal - pesquisa de limiar de discriminação	47,00
40103102	Audiometria vocal - pesquisa de limiar de inteligibilidade	47,00
40103110	Audiometria vocal com mensagem competitiva (SSI, SSW)	67,00
40103463	Otoemissões acústica evocada - EOA (teste da orelhinha)	130,00
40103420	Imitanciometria com pesquisa do reflexo estapédico (impedanciometria)	92,00
40103641	Teste de função tubária (impedanciometria)	56,00
40103064	Potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE)/BERA	300,00
40103889	Processamento auditivo central - PAC (de 3 a 7 anos)	367,00
-	Treinamento auditivo	210,00
41401476	Testes vestibulares, com prova calórica, com eletronistagmografia	210,00
-	VEMP cervical ou ocular	230,00
40103064	BERA infantil	359,00

40103064	BERA click	300,00
40103560	Potencial evocado P300	300,00
-	Acufenometria	310,00
40806022	Videofluroscopia da deglutição ou videodeglutograma (diagnóstico fonoaudiológico)	220,00
40201309	Videoendoscopia da deglutição (diagnóstico fonoaudiológico)	502,00

16. ATENDIMENTOS ESPECIAIS (PACIENTES TEA E DEMAIS NEUROATÍPICOS)

CÓDIGO	TERAPIAS - ATENDIMENTOS ESPECIAIS	VALOR (R\$)
300000001	Consulta/Avaliação com Fonoaudiólogo	150,00
-	Sessão de tratamento com Fonoaudiólogo	130,00
300000004	Consulta/Avaliação com Psicólogo	150,00
-	Sessão de tratamento com Psicólogo	120,00
300000006	Avaliação Neuropsicológica	130,00
300000013	Neuropsicologia - avaliação com aplicação dos testes ADOS-2 e ADI-R e outros complementares (PACOTE mínimo de 6 e máximo de 10 Sessões)	1.100,00
300000017	Consulta/Avaliação com Fisioterapia	140,00
-	Sessão Fisioterapia	130,00
300000007	Consulta/Avaliação com Terapia Ocupacional	140,00
-	Sessão Terapia Ocupacional	130,00
300000034	Nutrição ABA - Avaliação inicial	140,00
300000035	Nutrição ABA (Terapia Alimentar) – Sessão	130,00
300000031	Musicoterapia - Avaliação inicial	100,00
50001213	Musicoterapia - Sessão	R\$ 80,00

16.1 Observações sobre as tabelas de Atendimento Especiais:

- Duração da avaliação inicial: tempo de consulta de 50 minutos, no início do tratamento, em sessão única.
- Tempo das sessões: 40 minutos conforme previsto na DGPM-501: Normas sobre Assistência Social na Marinha do Brasil (8ª Revisão, 2024), da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha.

C. A quantidade de sessões e consultas para cada paciente serão determinadas após avaliação prévia da equipe multidisciplinar da PNMa.

D. Os valores representam pacotes com 10 sessões.

(*) Pacote de Neuropsicologia - 300000013: Inclui o número necessário de sessões para avaliação neuropsicológica, aplicações dos testes neuro diagnósticos e demais necessário para a emissão do laudo neuropsicológico e psicodiagnóstico (mínimo de 6 e máximo de 10 sessões).

17. ODONTOLOGIA

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
LABORATÓRIO DE ORTO		
CÓDIGO	Descrição	VALOR (R\$)
740	BANDA ALÇA	90,00
50600900	ARCO LINGUAL NANCE (SOLDADO)	208,00
50601000	BARRA PALATINA OU TRANSPALATINA (SOLDADA)	98,00
50601200	BIONATOR DE BALTERS	246,00
50601200	BIONATOR DE BALTERS COM TORNO EXPANSOR	276,00
50601400	BOTÃO PALATINO DE NANCE	113,00
50601400	BOTÃO PALATINO DE NANCE E BARRA PALATINA	147,00
50602000	GRADE PALATINA FIXA	130,00
50601800	DISJUNTOR DE MCNAMARA	200,00
50601800	DISJUNTOR DE HAAS CONVENCIONAL E MODIFICADO (GRAMPO "C") 200	167,00
50601800	DISJUNTOR DE HAAS COM GRADE	188,00
50601800	DISJUNTOR DE HAAS COM GANCHO	188,00
50601800	DISJUNTOR DE HYRAX CONVENCIONAL E MODIFICADO (GRAMPO "C")	168,00
50601800	DISJUNTOR DE HYRAX COM GRADE	190,00
50601800	DISJUNTOR DE HYRAX COM GANCHO	190,00
50601800	DISJUNTOR DE HYRAX - "TIPO BORBOLETA"	213,00
50601800	DISJUNTOR DE HYRAX COM MOLAS	210,00
50500600	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL COM DENTE SUPERIOR E INFERIOR	150,00

50603400	PLACA DE CONTENÇÃO (HAWLEY)	150,00
50603400	PLACA LÁBIO ATIVA (PLA)	130,00
50600700	A.O.R. COM GRADE PALATINA	147,00
50600700	A.O.R. COM GRADE PALATINA E TORNO EXPANSOR	187,00
50600700	A.O.R. COM TORNO EXPANSOR	150,00
50600700	A.O.R. COM MOLAS DIGITAIS	187,00
50600700	A.O.R. COM TORNO EXPANSOR, GRADE PALATINA E MOLAS DIGITAIS	220,00
50603200	APARELHO DE SCHWARTZ	157,00
50603200	APARELHO DE SCHWARTZ COM TORNO EXPANSOR	180,00
50603200	APARELHO DE SCHWARTZ COM TORNO EXPANSOR E MOLAS DIGITAIS	197,00
50600700	A.O.R. COM COBERTURA OCLUSAL	167,00
50600700	A.O.R. COM COBERTURA OCLUSAL E TORNO EXPANSOR	193,00
50600200	THUROW	240,00
50600300	AEB REMOVÍVEL OU CONJUGADO	230,00
50601500	BARRA 3X3 HIGIÊNICA OU RETA INFERIOR	52,00
50601500	BARRA 3X3 OU 2X2 SUPERIOR	62,00
50601500	BARRA 4X4 HIGIÊNICA OU RETA INFERIOR	75,00
50601500	BARRA 4X4 SUPERIOR	85,00
50601500	BARRA 5X5 HIGIÊNICA OU RETA INFERIOR	98,00
50603600	QUADRI--HÉLICE	127,00
50603600	QUADRI--HÉLICE COM GRADE	160,00
50600300	ARCO EXTRA--BUCAL	103,00
LABORATÓRIO DE PRÓTESE		
CISSFA	Descrição	VALOR (R\$)
50401900	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	762,00
50408000	ONLAY/INLAY/ENDOCRONW	616,00
50401100	COROA METALOCERÂMICA SOBRE DENTE	406,00
50401200	COROA METALOCERÂMICA SOBRE IMPLANTE	656,00
50401500	COROA PROVISÓRIA (ELEM.)	225,00
50405200	PT DEFINITIVA COM DENTES NACIONAL	868,00
50403800	OVERDENTURE BARRA CLIP / ORING	1.783,00
50405200	PROTOCOLO PROVISÓRIO	925,00

50405200	PT PROVISÓRIO	362,00
50402100	RMF (RESTAURAÇÃO METÁLICO FUNDIDA)	193,00
50403300	NÚCLEO METÁLICO FUNDINDO	153,00
50403300	ABBUTMAN PERSONALIZADO EM METAL	129,00
-	MODELO TROQUELIZADO	78,00
4340	PONTO DE SOLDA	R\$ 129,00

17.1 Observações sobre a tabela de procedimentos odontológicos:

- a. Em caso de procedimento não enquadrado na tabela acima, levar-se em conta os Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos, da Comissão Estadual de Convênios e Credenciamentos - VRPO 2016 com deflator de 20%.
- b. 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;
- c. 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;
- d. Para as consultas de urgência odontológica, somente serão remunerados os procedimentos que há pertinência na aplicação, tais como:
 - 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;
 - Nos casos de hemorragias: controle de hemorragia com ou sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial;
 - 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;
 - 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;
- 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
- 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.

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

f. 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.

g. 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.

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

i. 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 ser tratado como abandono/interrupção do tratamento.

18. SERVIÇO INTEGRADO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SIAD)

Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social a assistência de fisioterapeuta. Será valorado o honorário do profissional da área de saúde que está prestando a assistência domiciliar.

18.1 REGRAS DE VALORAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SIAD

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Medicamentos Comuns	Brasíndice (PF genérico mais barato) com inflator de 15% Não constantes: NF + 20%
Medicamento de Uso Restrito Hospitalar	Brasíndice (PF genérico mais barato) com inflator de 15% .Não constantes: NF + 20%
Dietas parenterais e suplementos nutricionais	Brasíndice (PF com deflator de 15%) Não constantes: NF + 20%
Diária dieta enteral domiciliar/ industrializada	130,00

(frasco, seringa de 20 e 60ml descartável, dieta, equipo macro p/ne, bomba infusao p/ne, e taxa de suporte de soro/ne de e bomba de infusão e adaptador p/ bomba, quais que tipo de dieta enteral desde que não seja suplemento, entre outros)	
Materiais apóritos, descartáveis e médico-cirúrgicos	Tabela própria. SIMPRO (PF) sem taxa de comercialização. Na ausência: 3 (três) orçamentos dos fornecedores e NF + 15% de taxa administrativa.

18.2 HONORÁRIOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10102035	Visita médica especialidade	R\$ 257,50
50001922	Visita medica domiciliar	R\$ 167,00
50000578	Nutricionista	R\$ 71,00
50000683	Assistência Social	R\$ 76,00
50000594	Fonoaudiologia	R\$ 68,00
50000470	Psicoterapia	R\$ 65,00
50000098	Terapia Ocupacional	R\$ 84,00
50000535	Enfermeiro	R\$ 85,00
50000268	Fisioterapia motora	R\$ 65,00
50000276	Fisioterapia respiratória	R\$ 65,00

18.2.1 Observações sobre os serviços de psicologia, fonoaudiologia, nutrição e fisioterapia, respectivamente:

a. Para procedimentos não contemplados na tabela acima, deverão ser adotadas as seguintes referências de honorários com aplicação de redutor de 20%: Tabela de Referência de Honorários de Psicologia – Conselho Federal dos Psicólogos CFP/INFP 2019; Tabela SINDI-FONO-GO 2016; Tabela de Honorários de Nutricionista – Sindicato dos Nutricionistas do

Amazonas SINDINUTRI/AM com USN (Unidade de serviços em Nutrição) = R\$ 50,00; e a quantidade de CHF da RNPF 2017 ou imediatamente superior com CHF no valor de R\$ 0,39.

18.3 DIÁRIAS DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

18.3.1 DIÁRIA DE BAIXA COMPLEXIDADE

Descrição assistencial	Características
Técnico de enfermagem	06 horas
Médico	visita

INCLUSO:

- Diária de 6 horas de acompanhamento presencial: consta de supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência.
- Serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família.
- Materiais: o mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, aparelho de pressão arterial, glicosímetro e um aspirador de secreção. Quando for necessário, uma maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas.

Valor: R\$ 320,00 por dia.

18.3.2 INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Além do previsto no subitem 18.3.1, estão incluídos os serviços:

Descrição assistencial	Características
Técnico de enfermagem	12 horas
Sessão de fisioterapia motora e respiratória	5 vezes por semana
Sessão de fonoaudiologia	3 vezes por mês
Visita de enfermeiro supervisor	2 vezes por mês
Visita médica	2 vezes por mês
Visita do nutricionista	1 vezes por mês

Equipamentos inclusos: aparelho nebulizador, aspirador de secreções, glicosímetro, termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso, nobreak, comadre ou papagaio, mala de parada, ventilador mecânico (com taxa se necessário), monitor multiparamétrico, cama hospitalar com rodas e grade, colchão hospitalar, suporte de soro, escada 03 degraus, cadeira higiênica, cadeira de rodas.

Quando for necessário, uma mala de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas.

Valor: R\$ 409,00 por dia.

18.3.3 INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Além do previsto no subitem 18.3.1, estão incluídos os serviços:

Descrição assistencial	Características
Técnico de enfermagem	24 horas
Sessão de fisioterapia motora e respiratória	10 vezes por semana
Sessão de fonoaudiologia	3 vezes por mês
Visita de enfermeiro supervisor	2 vezes por mês
Visita médica	2 vezes por mês
Visita do nutricionista	1 vezes por mês

Equipamentos inclusos: todos os itens previstos na internação de 12 horas.

Valor: R\$ 578,00 por dia.

18.4 OUTROS ITENS NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

UNIDADE	ITENS	VALOR (R\$)
Mês	Cilindro 50 L	R\$ 275,00
Dia/Un	Concentrador de O2	R\$ 82,00
Dia	Bomba de infusão em Home Care	R\$ 41,00
Uso	Respirador Mecânico em Home Care	R\$ 90,00
Uso	Pacote administração de medicação 24 horas apenas 1 aplicação de medicação prescrito de 24/24h (utilização somente com autorização prévia da operadora)	R\$ 91,50
Uso	Pacote Administração De Medicação 12 Horas Apenas 2	R\$ 153,00

	Aplicações de medicação Prescrito De 12/12h (ex: 8 E 20) (utilização Somente Com Autorização Prévia Da Operadora)	
Uso	Administração de medicação 08 horas apenas 3 aplicações de medicação prescrito de 8/8h (ex: 6, 14 e 12) (utilização somente com autorização prévia da operadora)	R\$ 189,00
Uso	Pacote Administração De Medicação 06 horas Apenas 4 Aplicações De Medicação Prescrito De 6/6h (ex:6,11,17 E 13) (utilização Somente Com Autorização Prévia Da Operadora)	R\$ 252,00
Uso	Taxa de curativo pequeno: ferida pequena de até 16 cm ² (+/- 4x4cm) sem exsudato, exemplos: cateteres centrais e arteriais; flebotomia; feridas pós-operatórias limpas, incisões pequenas e outros da mesma classificação sem exsudato; traqueostomia; oftálmicos; úlcera de pressão em estágio I. 1 a 3 pacotes de gaze.	R\$ 36,00
Uso	Taxa de curativo médio: ferida média variando de 17 cm ² a 36 cm ² , exemplos:, cirurgias infectadas; lesões cutâneas de média extensão; feridas operatórias fechadas; fístulas anais e outras da mesma classificação; úlcera de pressão (estágios II e III); ferida operatória com deiscência cirúrgica com moderado exsudação. 4 a 6 pacotes de gaze.	R\$ 45,00
Mês	Taxa de curativo grande: feridas maiores que 36 cm ² . Úlcera de pressão (estágio IV); ferida operatória com deiscência cirúrgica com grande exsudação; lesão traumática com grande perda de partes moles e exposição de áreas nobres; queimaduras de segundo grau profundo e terceiro grau; grandes incisões contaminadas; grandes queimaduras com especificação de área e grau. 7 ou mais pacotes de gaze.	R\$ 57,00

18.5 REMOÇÃO

- a. Remoção para Unidade Hospitalar de referência em caso de intercorrência clínica é de responsabilidade da OSE prestadora de assistência domiciliar;
- b. Remoções de caráter eletivo preferencialmente serão realizadas pela Policlínica Naval de Manaus (PNMa);
- c. Na impossibilidade das situações anteriores, pela OSE prestadora de assistência domiciliar, mediante autorização da PNMa;
- d. A hora parada se caracteriza pelo tempo em que a ambulância permanece à disposição do paciente em transportes em que é necessária parada para realização de exames, por exemplo.
- e. Valoração conforme **item 13** deste anexo.

18.6 ITENS NÃO COBERTOS PELO FUSMA

- a. Materiais de consumo: fraldas, materiais de higiene, cosméticos e correlatos, seringas, gazes, luvas, lancetas e fitas de glicemia capilar, curativos especiais, colchão (qualquer tipo), equipo, frascos de dieta e sondas de aspiração gástrica, enteral e vesical;
- b. Equipamentos permanentes: mobiliário de uso hospitalar;
- c. OPME; e
- d. Medicamentos de uso ambulatorial oral.