

TABELA DE ÍNDICES E VALORES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PELAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EXTRA-MARINHA (OSE) E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA)

1. Serviços Médicos

1.1. Com a exceção dos casos particulares tratados neste edital, os valores a serem pagos pela execução dos **serviços médicos** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2016, sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,97 (treze reais e sessenta centavos) e o do m² do filme R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos). Para os serviços precificados nas tabelas abaixo, serão utilizados os valores a seguir:

Código	Descrição do Serviço	Valor
1.1.1	Consulta Ambulatorial	R\$ 110,00
1.1.2	Visita ao Paciente Internado	R\$ 94,83
1.1.3	Parecer Especialista	R\$ 94,83
1.1.4	Consulta Pronto Socorro	R\$ 98,57

1.1.5. Para os procedimentos cirúrgicos, não será utilizado a UCO para cálculo dos honorários médicos, salvaguarda, quando o material utilizado na cirurgia for do cirurgião e não da instituição hospitalar. Nesses casos não existirá a utilização da UCO para cálculo dos honorários dos auxiliares, sendo o percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar e 20% para os demais auxiliares previstos.

1.2. Para o cálculo dos custos de **medicamentos** será adotada a Tabela BRASÍNDICE PF (Preço de Fábrica) ou na ausência, a nota fiscal (NF).

1.2.1. Em caso de existência de medicamentos similares ou genéricos, será pago o valor referente a essas medicações, sendo o genérico a primeira opção.

1.2.2. Quando se tratar de **medicamentos de uso restrito hospitalar**, será pago o preço expresso na Nota Fiscal (NF), e até 10% referente aos serviços de que trata o inciso II do §1º do Art. 1º da Resolução Normativa nº 241 da Agência Nacional de Saúde, de 3 de dezembro de 2010, na ausência deste será utilizada o valor de Preço de Fábrica – PF, da tabela BRASÍNDICE. Sendo atribuído como teto para pagamento a Tabela CMED Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), emitida por parte da CMED / ANVISA. Na ausência do item na lista de referência, será utilizada o Preço de Fábrica da tabela BRASÍNDICE.

1.2.3. Fica definido o valor máximo de até R\$ 400,00 (quatrocentos reais) para aquisição de medicamentos sem a necessidade de autorização prévia da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia, com exceção dos medicamentos abaixo, onde no prazo de até 48 horas após o início do tratamento, a CREDENCIADA deverá informar à CREDENCIANTE, apresentando justificativas a necessidade de ministração:

I. Albumina humana	XIV. Aciclovir injetável	XXVII. Meropenem
II. Agastrat	XV. Anfotericina B	XXVIII. Moxifloxacino injetável
III. Anfotericina B	XVI. Azitromicina injetável	XXIX. Piperacilina/Tazobactan
IV. Cancidas	XVII. Caspofungina	XXX. Quinupristina/Dalfopristina
V. Ecalta	XVIII. Cefepima	XXXI. Sulbactam/Ampicilina
VI. Ertapenem	XIX. Ceftazidima	XXXII. Sulfato de Polimixina B
VII. Filgrastima	XX. Claritromicina injetável	XXXIII. Teicoplanina
VIII. Ganciclovir	XXI. Ertapenem	XXXIV. Ticarcilina/Ácido Clavulânico
IX. Granulokine	XXII. Fluconazol injetável	XXXV. Tigeciclina
X. Anti-Rh Matergan	XXIII. Imipenem	XXXVI. Voriconazol
XI. Levosimedan	XXIV. Levofloxacina injetável	XXXVII. Zyvox
XII. Tenecteplan	XXV. Linezolida	
XIII. Actylise	XXVI. Mycamine	

1.2.3.1. Nos casos dos Antibióticos poderá ser solicitados parecer de Infectologista e exames de cultura que indiquem sua utilização

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

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

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

1.2.4. Caso o item não conste na tabela BRASÍNDICE, deverá ser adquirido mediante autorização prévia do CREDENCIANTE, pelo preço justo de mercado, com apresentação das respectivas Notas Fiscais. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

1.2.5. Fica definido como teto para o pagamento de medicamentos os valores da coluna "Preço de Fábrica" da Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas, emitida por parte da CMED/ANVISA.

1.2.5.1. Afasta-se a presente regra de preço caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.

1.2.5.1.1. Nos casos acima, fica a contratada obrigada a apresentar a Nota Fiscal, para verificação do valor.

1.2.6. Dietas Enterais e Suplementos (Industrializados) - serão remuneradas de acordo com a Tabela abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR
1	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoprotéica, a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 500 ml. Produtos equivalentes: Fresubin Original , Frebini Original ou equivalente;	R\$ 55,03
2	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoprotéica, a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 1000 ml. Produtos equivalentes: Fresubin Original , Frebini Original ou equivalente;	R\$ 51,88
3	Dieta Enteral Polimérica com Fibras - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoprotéica, com fibras alimentares (1,5g a 2 g/ 100ml), a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 500 ml. Produtos equivalentes: Fresubin Original Fiber, Frebini Original Fiber, Survimed OPD ou equivalente;	R\$ 57,00
4	Dieta Enteral Polimérica com Fibras - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoprotéica, com fibras alimentares (1,5g a 2g/ 100ml), a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 1000 ml. Produtos equivalentes: Fresubin Original Fibre , Frebini Original Fibre,	R\$ 47,22

	Survimed OPD ou equivalente;	
5	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e normoprotéica, a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM, valor energético aproximadamente 1,5 kcal/ml: 500 ml. Produtos equivalentes: Frebini Energy, Fresubin 1,5 kcal, ou equivalente;	R\$ 58,70
6	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e normoprotéica, a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM, valor energético aproximadamente 1,5 kcal/ml: 1000 ml. Produtos equivalentes: Frebini Energy, Fresubin 1,5 kcal, ou equivalente;	R\$ 63,50
7	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e normoprotéica, com fibras alimentares, (1,5g a 2,0g/100ml), a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM, valor energético aproximadamente 1,5 kcal/ml: 500 ml. Produtos equivalentes: Frebini Energy Fibre, Fresubin 1,5 Fiber, ou equivalente;	R\$ 50,75
8	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e normoprotéica, com fibras alimentares, (1,5g a 2,0g/100ml), a base de proteína do soro do leite, carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM, valor energético aproximadamente 1,5 kcal/ml: 1000 ml. Produtos equivalentes: Frebini Energy Fiber, Fresubin 1,5 Fiber, ou equivalente;	R\$ 67,31
9	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e Hiperprotéica, a base de proteína do soro do leite (com alta digestibilidade), carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 500 ml. Produtos equivalentes: Fresubin HP Energy ou equivalente;	R\$ 45,65
10	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e Hiperprotéica, a base de proteína do soro do leite (com alta digestibilidade), carboidratos complexos, e lipídios com adição de TCM: 1000 ml. Produtos equivalentes: Fresubin HP Energy, Isosource Protein Fibre ou equivalente;	R\$ 72,58
11	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e Hiperprotéica com fibras alimentares, ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa (EPA/DHA - Ômega 3): 1000 ml. Produtos equivalentes: Fresubin HP Energy Fibre EB ou equivalente;	R\$ 73,00
12	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Super Hipercalórica e Hiperprotéica, com proteínas do leite, carboidratos e lipídios com adição de TCM: 500 ml. Produtos equivalentes: Fresubin 2 kcal HP ou equivalente;	R\$ 64,00
13	Dieta Enteral Polimérica - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema	R\$ 58,70

	<p>fechado, pronto para uso, Super Hipercalórica e Hiperprotéica, com fibras, com proteínas do leite, carboidratos e lipídios com adição de TCM: 500 ml. Produtos equivalentes: Fresubin 2 kcal HP Fibre ou equivalente;</p>	
14	<p>Dieta Enteral Polimérica – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica ou hipercalórica leve (1,2 a 1,5kcal/mL) e Hiperproteica, com fibras mistas: 1000 ml. Produtos equivalentes: Fresubin 1.2 HP Fibre, Frebini HP Fibre ou equivalente;</p>	R\$ 60,00
15	<p>Dieta Enteral Polimérica para pacientes com Insuficiência Hepática - Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, com alto teor de aminoácidos de cadeia ramificada (AACR) e baixo teor de aminoácidos aromáticos. Pode conter fibras: Volume: 500 ml. Produtos Equivalentes: Fresubin Hepa ou equivalente;</p>	R\$ 69,90
16	<p>Dieta Enteral Polimérica – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoproteica, contendo proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada, Pode conter fibras alimentares. Valor energético aproximadamente 1,0 kcal/ml: 500 ml. Produtos equivalentes: Survimed OPD ou equivalente;</p>	R\$ 80,00
17	<p>Dieta Enteral Oligomérica – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoproteica, contendo proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada, Pode conter fibras alimentares. Valor energético aproximadamente 1,0 kcal/ml: 1000 ml. Produtos equivalentes: Survimed OPD ou equivalente;</p>	R\$ 109,00
18	<p>Dieta Enteral Oligomérica – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e hiperproteica, contendo proteína do soro do leite parcialmente hidrolisada, Pode conter fibras alimentares. Valor energético aproximadamente 1,5 kcal/ml: 500 ml. Produtos equivalentes: Survimed OPD HN ou equivalente;</p>	R\$ 93,63
19	<p>Dieta Enteral Polimérica Normocalórica para controle Glicêmico – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, normocalórica e normoprotéica, rica em gorduras monoinsaturadas, com misturas de fibras solúveis e insolúveis e proteína de alto valor biológico: 1000 ml. Produtos equivalentes: Diben ou equivalente;</p>	R\$ 58,00
20	<p>Dieta Enteral Polimérica Hipercalórica para controle Glicêmico – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e Hiperprotéica, rica em gorduras monoinsaturadas, com misturas de fibras. Utiliza Proteína intacta de alto valor biológico: 500 ml. Produtos equivalentes: Diben 1.5 kcal HP ou equivalente; e</p>	R\$ 49,03
21	<p>Dieta Enteral Polimérica Hipercalórica para controle Glicêmico – Fórmula líquida, esterilizada, em sistema fechado, pronto para uso, Hipercalórica e Hiperprotéica, rica em gorduras monoinsaturadas, com misturas de fibras. Utiliza Proteína intacta de alto valor biológico: 1000 ml. Produtos equivalentes: Diben 1.5 kcal HP ou equivalente.</p>	R\$ 69,90

1.2.6.1. Os valores acima poderão ser acrescidos uma taxa de até 60% referentes a custos de manutenção, armazenamento, separação e dispensação, aplicação e taxas de preparo.

1.2.6.2 Para **dietas enterais** não englobadas na tabela acima, será considerado o valor descrito na Tabela BRASÍNDICE com deflator padrão PF de -40%, não será admitida margem de comercialização. Na ausência do valor da tabela BRASÍNDICE, será utilizada a tabela SIMPRO com o mesmo deflator e na ausência o valor de Nota Fiscal com margem de até 60% conforme item **1.2.6.1**.

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

1.3. Os valores a serem pagos pelos **serviços de laboratório** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2016, sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,97 (treze reais e sessenta centavos), e o do m² do filme R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos), quando considerados pertinentes de acordo com a referida tabela.

1.3.1. Os serviços de exames **Toxicológicos** obedecerão os valores precificados conforme seguinte tabela:

Código	Descrição do Serviço	Valor
1.3.1.1	Realização de painel de exames toxicológicos em fâneros para as seguintes substâncias, seus derivados e biomarcadores: 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.	R\$ 130,00
1.3.1.2	Realização de painel de exames toxicológicos em sangue para a seguinte substância, seus derivados e biomarcadores: Etanol.	R\$ 50,00
1.3.1.3	Realização de painel de exames toxicológicos em urina para a seguinte substância, seus derivados e biomarcadores: Etanol.	R\$ 60,00

1.4. Os valores a serem pagos pelos **serviços de diagnóstico por imagem** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2016, sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,97 (treze reais e sessenta centavos) e o do m² do filme em R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos).

1.4.1. Para os **serviços de diagnóstico por imagem** não previstos na Tabela CBHPM, porte de 2016, será autorizada a utilização da codificação presente primeira tabela onde o serviço foi publicado, mantendo-se os valores de porte, UCO e m² de filme, os constantes do subitem 1.4.

1.5. Os **Materiais de Consumo** hospitalar (assim como os utilizados nos serviços de imagem) serão remunerados conforme os seguintes códigos da Tabela SIMPRO, com o valor **do mês vigente ao uso**, conforme a tabela abaixo:

ITEM	CÓDIGO SIMPRO	MATERIAL
1	2310137	AGULHA BIOPSIA CHIBA DCHN
2	0175093	AGULHA DESCARTÁVEL (TODOS OS TAMANHOS)
3	0284893	AGULHA EPIDURAL (TODOS OS TAMANHOS)
4	0300509	AGULHA ESPINHAL (TODOS OS TAMANHOS)
5	0106372	AGULHA GENGIVAL (TODOS OS TAMANHOS)
6	0321537	AGULHA PARA BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL / AXILAR
7	0767380	AGULHA PLEXO STIMUPLEX (TODOS TAMANHOS)

8	0332662	APARELHO PARA TRICOTOMIA - TRICOTOMIZADOR
9	0313171	ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO (10 CM)
10	0313173	ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO (15 CM)
11	0313174	ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO (20 CM)
12	0309634	ATADURA DE CREPOM (10 CM)
13	0309636	ATADURA DE CREPOM (15 CM)
14	0309637	ATADURA DE CREPOM (20 CM)
15	0306639	ATADURA DE CREPOM (30 CM)
16	0130563	ATADURA DE GESSO (06 CM)
17	0307691	ATADURA DE GESSO (10 CM)
18	0307692	ATADURA DE GESSO (15 CM)
19	0307693	ATADURA DE GESSO (20 CM)
20	0344628	AVENTAL DESCARTÁVEL
21	0266495	BOLSA DE COLOSTOMIA (TODOS OS TAMANHOS)
22	0043496	BOLSA DE COLOSTOMIA C / KARAYA (TODOS OS TAMANHOS)
23	0174958	CÂNULA DE GUEDEL (TODOS OS TAMANHOS)
24	0156349	CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA
25	0328612	CATETER JELCO (TODOS OS TAMANHOS)
26	0328621	CATETER JELCO C/ DISPOSITIVO SEGURANÇA
27	0332644	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LÚMEM - TODOS OS TAMANHOS
28	0161854	CATETER P/ OXIGÊNIO TIPO OCULOS
29	0251029	COLETOR DE URINA FECHADO
30	0268430	COMPRESSA GAZE CIRÚRGICA 7,5 X 7,5 ESTÉRIL
31	0332115	CURATIVO ALGINATO CALCIO
32	0116200	CURATIVO ALGINATO PRATA 15x15
33	0332133	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 10X10CM
34	0332134	CURATIVO HIDROCOLÓIDE 20X20CM
35	0038830	CURATIVO HIDROGEL C/ALGINATO 15G
36	0038831	CURATIVO HIDROGEL C/ALGINATO 25 G
37	0280211	CURATIVO TRANSPARENTE 6,5X7 CM
38	0305354	CURATIVO TRANSPARENTE 10X12 CM
39	0311380	ELETRODO DESCARTÁVEL
40	0251999	EQUIPO DE NUTRIÇÃO ENTERAL
41	0177113	EQUIPO FOTOSSENSÍVEL
42	0003988	EQUIPO PARA BOMBA INFUSORA
43	0309744	EQUIPO PVC FREE
44	0031387	EQUIPO PARA BOMBA INFUSORA FOTOSSENSÍVEL
45	0316835	EQUIPO PARA SORO
46	0240797	EQUIPO PARA SORO C/ BURETA (MICROGOTAS COM ÂMPOLA GRADUADA)
47	0339173	FITA GLICEMIA
48	0321016	FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO
49	0321014	FRALDA DESCARTAVEL EXTRA GRANDE
50	0342092	LANCETA PARA HGT
51	5195031	LUVA DESCARTÁVEL ESTÉRIL (TODOS OS TAMANHOS)
52	0295571	SERINGA DESCARTÁVEL (1 ML)
53	0152196	SERINGA DESCARTÁVEL (20 ML)
54	0074274	SERINGA DESCARTÁVEL (10 ML)
55	0152198	SERINGA DESCARTÁVEL (3 ML)
56	0074273	SERINGA DESCARTÁVEL (5 ML)

57	0097061	SERINGA DESCARTÁVEL (60 ML)
58	0342091	SERINGA INSULINA com Agulha 1 mL
59	0344912	SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL
60	0058364	SONDA FOLEY 2 VIAS (SILICONE) (TODOS OS TAMANHOS)
61	0305184	SONDA FOLEY 2 VIAS (TODOS OS TAMANHOS)
62	0058369	SONDA FOLLEY 3 VIAS (TODOS OS TAMANHOS)
63	0344362	SONDA NUTRIÇÃO ENTERAL C/ GUIA (TODOS OS TAMANHOS)
64	0043864	SONDA P/ ASPIRAÇÃO TRAQUEAL (TODOS OS TAMANHOS)
65	0314745	TUBO ENDOTRAQUEAL (TODOS OS TAMANHOS)
66	0316507	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO C/ CUFF N° 7
67	0316508	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO C/ CUFF N° 7,5
68	0316509	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO C/ CUFF N° 8
69	0284821	TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO

1.5.1. Não haverá margem de comercialização e demais taxas sobre o valor dos materiais acima.

1.5.2. Os materiais constantes nesta tabela isentam a CREDENCIADA da apresentação de nota fiscal de compra. Entretanto requer a apresentação dos invólucros originais dos produtos utilizados, por ocasião do envio do faturamento para fins de comprovação de utilização dos materiais com valores acima de R\$ 400,00.

1.5.3. Nos casos em que não constar o material na referida tabela, será adotado MENOR VALOR ENCONTRADO em Revista SIMPRO do mês vigente ao uso, com redutor de 20% (vinte por cento).

1.5.3.1. Os materiais com valor unitário acima de R\$ 400,00, ou que somados na fatura apresentem valor acima de R\$ 500,00, deverão ser enviadas as notas fiscais e comprovação do uso (lacs, embalagens ou etiquetas).

1.5.3.2. Os materiais que se enquadram acima, serão precificados com base no valor da nota fiscal, após análise do setor de auditoria da PNSPA.

1.5.3.3. O não cumprimento do item acima poderá ensejar em glosa total do item.

1.5.4. Material hospitalar especial, incluindo-se órteses, próteses e outros materiais de natureza similar (OPME), deverá ser autorizado previamente pelo CREDENCIANTE, após justificativa de uso como essencialmente necessário à prestação do respectivo serviço, e será pago de acordo com a Nota Fiscal apresentando pela Credenciada.

1.5.5. Caso o **material hospitalar** (OPME) não conste na tabela BRASÍNDICE ou SIMPRO, torna-se obrigação do CREDENCIADO apresentar à PNSPA 03 (três) orçamentos de seus fornecedores, em impresso próprio de cada um destes; sendo imprescindível a identificação do CNPJ e nome do fabricante/fornecedor, a descrição do OPME e código ANVISA; na existência de único fornecedor apresentar carta de exclusividade.

1.5.6. Deverão ser anexados na fatura final, para análise da Auditoria, a embalagem do OPME utilizado ou rótulo, lacre, selo de controle ou identificação com número e registro no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização única e descartável. A não apresentação desses documentos poderá acarretar a glosa do OPME.

1.5.7. É condição imprescindível para autorização de qualquer material ou medicamento o registro na ANVISA, assim como alinhamento ao rol da ANS (DUT). Materiais não registrados na ANVISA ou com uso não compatível as Diretrizes de utilização (DUT) não serão remunerados

1.5.5. Poderá ser cobrada taxa de Comercialização do OPME de até 10%, limitado ao valor do item na tabela SIMPRO.

1.6. Os dispositivos médicos ou medicamentos, de qualquer natureza, que não tenham comprovada a sua utilização será glosada na totalidade.

1.7. A **avaliação clínica enteral/parenteral** será paga 1 a cada 3 dias, mediante evolução e prescrição do nutrólogo (e não de nutricionista), a ser comprovada no prontuário médico. O pagamento da taxa de manipulação/fracionamento somente poderá ser atribuído para dietas em sistema aberto e para dietas artesanais.

1.8. As **sessões de fisioterapia motora ou respiratória para pacientes internados** obedecerão os seguintes critérios: limitada a duas seções diárias de fisioterapia respiratória e uma motora para pacientes internados em Unidade fechada, e uma seção diária de fisioterapia motora ou respiratória para pacientes em apartamento ou enfermaria. As solicitações excedentes deverão ser encaminhadas para apreciação da auditoria da Policlínica.

1.9. Nos procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos com mais de 01 código CBHPM, será utilizada as regras percentuais da CBHPM 2016 para a precificação, de acordo com os portes e vias de acesso utilizadas.

1.10. em relação ao Tempo de uso e troca de materiais, será realizado conforme as orientações do item 6.6 do Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital);

1.11. Os Materiais não cobertos pelo SSM estão especificados no item 6.7 do Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital);

1.12. Os Serviços Médicos, materiais, medicamentos e OPME, deverão ser cobrados conforme especificações estabelecidas nos itens anteriores, serão consideradas as orientações e serão seguidos os procedimentos de auditoria consubstanciados no Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital), no que couber.

2. Serviços de Remoção por Ambulância

2.1. Remoção em Ambulância Suporte Básico:

2.1.1. Adulto:

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.1.1.1	Até 50 km	R\$ 918,80	R\$ 1090,00
2.1.1.2	De 50 km a 100 km	R\$ 1.787,59	R\$ 2080,00
2.1.1.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 17,46	R\$ 20,00

2.1.2. Pediátrico (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias):

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.1.2.1	Até 50 km	R\$ 918,80	R\$ 1.090,00
2.1.2.2	De 50 km a 100 km	R\$ 1.787,59	R\$ 2.080,00
2.1.2.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 17,46	R\$ 20,00

2.1.3. Neonatal (até 30 dias de vida):

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.1.3.1	Até 50 km	R\$ 940,54	R\$ 1.137,53
2.1.3.2	De 50 km a 100 km	R\$ 1.843,24	R\$ 2.075,05
2.1.3.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 16,27	R\$ 18,18

2.2. Remoção em Ambulância Suporte Avançado – UTI Móvel:

2.2.1. Adulto:

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.2.1.1	Até 50 km	R\$ 1.700,00	R\$ 2.296,74
2.2.1.2	De 50 km a 100 km	R\$ 3.000,00	R\$ 3.850,00
2.2.1.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 23,00	R\$ 27,50

2.2.2. Pediátrico (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias):

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.2.2.1	Até 50 km	R\$ 1.568,32	R\$ 1.900,00
2.2.2.2	De 50 km a 100 km	R\$ 2.936,65	R\$ 3.200,00
2.2.2.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 20,53	R\$ 24,66

2.2.3. Neonatal (até 30 dias de vida):

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.2.3.1	Até 50 km	R\$ 1.548,39	R\$ 1.890,30
2.2.3.2	De 50 km a 100 km	R\$ 3.090,14	R\$ 3.405,61
2.2.3.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 21,69	R\$ 24,12

2.3. Remoção em Ambulância de Paciente Psiquiátrico:

2.3.1. Adulto:

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.3.1.1	Até 50 km	R\$ 1.800,00	R\$ 2.150,00
2.3.1.2	De 50 km a 100 km	R\$ 3.501,53	R\$ 3.843,24
2.3.1.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 18,00	R\$ 22,00

2.3.2. Pediátrico (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias):

Descrição do Serviço		Valor	
Código	Distância	Dias de semana	Finais de semana
2.3.2.1	Até 50 km	R\$ 1.767,41	R\$ 2.000,00
2.3.2.2	De 50 km a 100 km	R\$ 3.434,82	R\$ 3.686,48
2.3.2.3	Acima de 100 km (km excedente)	R\$ 17,13	R\$ 19,00

2.4. Remoção em Ambulância Hora parada/hora adicional (após a primeira hora):

2.4.1. Suporte Básico:

Código	Descrição do Serviço	Valor	
		Dias de semana	Finais de semana
2.4.1.1	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Básico Adulto (após a primeira hora)	R\$ 155,00	R\$ 210,00
2.4.1.2	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Básico Pediátrico (após a primeira hora)	R\$ 205,00	R\$ 210,00
2.4.1.3	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Básico Neonatal (após a primeira hora)	R\$ 205,00	R\$ 210,00
2.4.1.4	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Básico Psiquiátrico (após a primeira hora)	R\$ 210,00	R\$ 210,00

2.4.2. Suporte Avançado:

Código	Descrição do Serviço	Valor	
		Dias de semana	Finais de semana
2.4.2.1	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Avançado Adulto (após a primeira hora)	R\$ 390,00	R\$ 390,00
2.4.2.2	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Avançado Pediátrico (após a primeira hora)	R\$ 295,00	R\$ 390,00
2.4.2.3	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Avançado Psiquiátrico (após a primeira hora)	R\$ 420,00	R\$ 390,00
2.4.2.4	Hora Parada/adicional – Ambulância Suporte Avançado (após a primeira hora)	R\$ 420,00	R\$ 390,00

2.4.3. Gasometria:

Código	Descrição do Serviço	Valor
2.4.3.1	Taxa de oxigênio por hora de uso (valor do m ³) – Dias de Semana	R\$ 20,75
2.4.3.2	Taxa de oxigênio por hora de uso (valor do m ³) – Final de Semana	R\$ 24,00

2.5. Deverão ser observadas as seguintes considerações:

2.5.1. A classificação do tipo de ambulância foi considerado na resolução do CREMERJ nº116/97;

2.5.2. A forma de cálculo da distância será: BASE da Operadora → Unidade de Saúde de origem → Unidade de Saúde de Destino do Paciente;

2.5.3. Deverá ser utilizado o aplicativo google maps para o cálculo da distância, em km;

2.5.4. Valores de Pedágios ou qualquer outra tarifa, será de responsabilidade da operadora credenciada;

2.5.5. O valor da remoção acima de 100 km, será considerado a soma do valor da remoção entre 50 e 100 km (A) + o valor do km excedente (B) multiplicado pelo número de km acima de 100 (C), conforme a fórmula abaixo:

$$\text{Valor da Remoção} = A + B \times C$$

2.5.6. Após o recebimento do paciente pela Unidade de Saúde de Destino, a remoção será considerada encerrada, não devendo ser considerado no orçamento apresentado, no valor do km excedente, a volta da ambulância para a Base de operações.

2.5.7. Na execução de cada remoção, a equipe que realizou a remoção deverá preencher o Formulário de transporte de pacientes, em duas vias. A primeira via ficará com a empresa transportadora, a segunda via deverá ser entregue ao médico do Hospital de destino. Em até 05 dias úteis, deverá ser encaminhado uma cópia pela empresa transportadora à Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia.

2.5.8. Caso o início do serviço a ser prestado não ocorra dentro das três horas subsequentes à solicitação, a critério da CREDENCIANTE, este poderá ser cancelado. Neste caso, o referido serviço não será indenizado pelo solicitante.

2.5.9. Caso o acionamento ocorra entre 21h e 7h, contarão prazos dobrados do item 5.5.3 do Termo de Referência (Anexo A, do Edital de Credenciamento), para a chegada da ambulância no hospital de Origem.

2.5.10. Quando, por motivos alheios à CREDENCIADA, não houver a efetiva remoção do paciente, tendo o serviço já iniciado, será pago à CREDENCIADA 70% do valor correspondente ao tipo de remoção solicitada, de acordo com os casos especificados nas tabelas acima. O Formulário de Remoção de Pacientes (Anexo G do Edital) deverá ser preenchido e encaminhado com a justificativa da não execução do serviço.

2.5.11. Na remoção de pacientes para a realização de procedimento ou exames, a hora parada (espera) será cobrada após o decurso de 60 minutos, ou seja: a primeira hora será

considerada parte integrante da remoção, considerando como percurso: saída da base → o local de retirada do paciente → local do exame ou procedimento → devolução do paciente ao local de origem.

2.5.12. Durante a realização deste tipo de remoção, deverão ser registrados, para fins de comprovação e aprovação do faturamento, o horário de chegada ao local de realização do exame ou procedimento e o horário de saída do local.

2.5.13. Os Serviços de Remoção por Ambulância deverão ser cobrados conforme especificações estabelecidas nos itens anteriores. Serão consideradas as orientações e seguidos os procedimentos de auditoria consubstanciados no Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital), no que couber.

3. Diárias de Internação Hospitalar

3.1. As internações deverão ser autorizadas através do número (22) 2621-4065, pelo Médico de Serviço, momento que será fornecido uma senha de autorização.

3.2. Em caso excepcional, de extrema urgência, onde não for possível a autorização no momento da internação, ou necessidade de transferência para Unidade fechada de um paciente internado inicialmente em enfermaria / apartamento, essa deve ser comunicado em até 24 horas ou 1º dia útil seguinte a internação. A não informação, poderá ocasionar glosas na internação do paciente até o momento da comunicação da mesma.

3.3. O horário de início e término das diárias será fixado às 12:00h;

3.4. Diárias que excederem 6 horas de internação serão pagas integralmente, desde que não seja identificada conveniência do CREDENCIADO;

3.5. As internações que não excederem 6 horas, bem como as horas excedentes ao término de uma internação, desde que inferiores a 6 horas, serão pagas por fração horária conforme a seguir:

$\text{Fração de horas} = \frac{\text{valor diária}}{24\text{h}} = \text{valor por hora excedente}$

3.6. Os valores a serem pagos pelas diárias de internações hospitalares serão os definidos abaixo:

3.6.1. Para pacientes:

Código	Tipo de Acomodação	Valor
3.6.1.1	Enfermaria com 2 leitos, com banheiro privativo.	R\$ 269,35
3.6.1.2	Enfermaria com mais de 2 leitos, com banheiro privativo.	R\$ 152,49
3.6.1.3	Apartamento com ar-condicionado.	R\$ 393,75
3.6.1.4	Hospital dia (day clinic) em apartamento.	R\$ 118,26
3.6.1.5	Hospital dia (day clinic) em enfermaria.	R\$ 118,26
3.6.1.6	U.T.I (exceto para recém-nascidos).	R\$ 639,21
3.6.1.7	Berçário normal (durante permanência da mãe).	R\$ 85,81
3.6.1.8	Berçário patológico/prematuro (após alta da mãe).	R\$ 132,95

3.6.2. Para acompanhantes:

Código	Tipo de Acomodação	Valor
3.6.2.1	Apartamento, com pernoite e com café da manhã.	R\$ 88,74
3.6.2.2	Enfermaria, com pernoite e com café da manhã.	R\$ 43,43

3.6.3. Quando o paciente for submetido a procedimentos cirúrgicos, serão pagas as taxas de uso de sala de cirurgia, de acordo com porte desta, conforme especificado abaixo:

Porte	Valor
0	R\$ 68,57

1	R\$ 91,56
2	R\$ 160,40
3	R\$ 228,18
4	R\$ 283,48
5	R\$ 342,55
6	R\$ 434,27
7	R\$ 502,86

3.6.4. Taxa de uso da sala de gesso:

Código	Descrição	Valor
3.6.4.1	Imobilização não gessada	R\$ 58,21
3.6.4.2	Talas gessadas	R\$ 56,04
3.6.4.3	Aparelhos gessados	R\$ 56,04

3.6.5. Por ocasião da internação de recém-nascido, serão pagas ainda as taxas:

Código	Descrição	Valor
3.6.5.1	Taxa de uso de incubadora, por período de até 12h, sem oxigênio	R\$ 119,65
3.6.5.2	Taxa de uso diário de incubadora, por período superior a 12h, sem oxigênio	R\$ 248,47
3.6.5.3	Taxa do uso de berço aquecido	R\$ 25,58
3.6.5.4	Taxa do uso de incubadora de transporte, por período até 4h, sem oxigênio	R\$ 41,34
3.6.5.5	Taxa diária de uso de aparelho de fototerapia	R\$ 41,63
3.6.5.6	Taxa por unidade de curativo neonatal para ferimento pequeno, aberto, não contaminado, estando o recém-nascido fora da UTI/semi-UTI e do CC (durante a permanência da mãe)	R\$ 16,25

3.6.6. Pelos serviços de curativos, serão pagas as taxas da tabela abaixo:

Código	Descrição	Valor
3.6.6.1	Taxa por unidade de curativo grande.	R\$ 24,95
3.6.6.2	Taxa por unidade de curativo médio.	R\$ 13,76
3.6.6.3	Taxa por unidade de curativo pequeno ou oftalmológico.	R\$ 9,52
3.6.6.4	Taxa por unidade de curativo grande de queimados (poliescoriada e queimada com mais de 3 UT).	R\$ 24,95
3.6.6.5	Taxa por unidade de curativo pequeno de queimados (poliescoriada e queimada com até 3 UT).	R\$ 9,52

3.7. Diárias de Internação - UTI Neonatal

3.7.1. Classificação:

A diária do paciente em UTI-Neonatal, será feita com os seguintes critérios:

3.7.1.1	Nível I Paciente Grave:	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente em oxigenioterapia (Respirador, CPAP nasal, Oxyhood); - Pacientes com aminas, com ou sem Nutrição Parenteral; - Paciente com peso até 1.200 g
3.7.1.2	Nível II Paciente com Gravidade Intermediária:	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes sem prótese respiratória ou aminas, com ou sem Nutrição Parenteral; - Pacientes com Terapêutica intravenosa; - Paciente com catéter nasal - Paciente com peso de 1.201g até 1.600g

3.7.1.3	Nível III Suporte	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com peso acima de 1.600G; - Pacientes sem terapêutica intravenosa; - Pacientes com ou sem nutrição enteral plena; - Pacientes com ou sem fototerapia
----------------	--------------------------	---

3.7.2. Pacote das Diárias:

Inclui nas diárias:	Diárias e Taxas; Materiais, medicamentos e gases medicinais; Exames Laboratoriais e complementares (RX, US, ECO); Fisioterapia Respiratória e motora; Uso de sangue e derivados; Procedimentos de enfermagem; Parecer de especialista; Procedimentos médicos realizados pelo intensivista; Nutrição enteral e parenteral; Honorários do plantonista e supervisor;
Exclui nas Diárias:	Uso de Óxido Nítrico e Procedimentos Cirúrgicos; Medicamentos especiais: Cancidas, ambisome, prostin, imunoglobulinas, Ibuprofeno IV, Synagis, amphocil, vfend, surfactante; Tratamento Dialítico

3.7.3. Pacotes de UTI Neonatal:

Código	Classificação	Valores
3.7.3.1	Nível I	R\$ 3.182,00
3.7.3.2	Nível II	R\$ 2.561,85
3.7.3.3	Nível III	R\$ 2.658,00

3.8. Diárias de Internação - UTI - Pediátrica

3.8.1. Classificação:

As diárias do paciente em UTI Pediátrica foi realizada de acordo com os seguintes critérios:

3.8.1.1	Nível I	<ul style="list-style-type: none"> - Em ar ambiente ou com oxigenioterapia até 3L/min; - Com monitorização multiparamétrica; - Uso de medicação sistêmica / Uso de nutrição enteral.
3.8.1.2	Nível II	<ul style="list-style-type: none"> - Em oxigenioterapia acima de 3 litros; - Uso de nutrição parenteral; - Uso de drogas vasoativas; - Desmame de sedação venosa. <p>OBS.: pacientes de Home Care cronicamente dependentes, VMI ou VNI contínuos serão considerados nível II.</p>
3.8.1.3	Nível III	<ul style="list-style-type: none"> - Em VMI ou VNI contínua; - insuficiência respiratória aguda (exclui paciente em uso crônico); / Com monitorização invasiva (PA invasiva / PIC); - Uso de sedação venosa profunda (exclui desmame).

3.8.2. Pacote das Diárias:

Inclui nas diárias:	Diárias, Taxas e aluguéis de equipamentos; Honorários Médicos dos Intensivistas (Rotina e Plantão), visita do plantonista na acomodação, visita médica e avaliação diária de nutrição enteral e parenteral, dietoterapia do paciente, todos os cuidados básicos e especializados de enfermagem, Equipamento de proteção individual - EPI, Gases medicinais, Fisioterapia respiratória e motora, Fonoaudiologia, Serviços auxiliares diagnósticos (exceto os excluídos), nutrição enteral / parenteral e seus materiais. Refeição do acompanhante: de acordo com a RN 262 da ANS (pacientes menores de 18 anos, pacientes a partir de 60 anos, gestantes e pacientes com necessidades especiais).
Exclui nas Diárias:	Outros Honorários Médicos que não os dos mencionados na inclusão, Sangue e derivados; Materiais; Medicamentos; Hemodiálise; Quimioterapia (incluído

	<p>materiais e medicamentos relacionados utilizados durante o procedimento de Químico), Procedimentos Cirúrgicos, Medicina Nuclear, Hemodinâmicos e Radiologia Intervencionista (incluindo materiais, medicamentos, contrastes e taxas relacionadas utilizados durante o procedimento), EEG beira leito, ECOtransesofágico, Biopsia Guiada por USG, Medicamentos (Actilyse, Agrastat, Abelcet, Ambisome, Beriplex, Cancidas, Glypressin, Hemax, Granulokine, Novoseven, Reopro, Remicade, Imunoglobulinas, Sindax, Voriconazol, Linezolid, e outros medicamentos imunobiológicos). Óxido nítrico. Remoções. Exame de Ressonância Magnética e Doppler Colorido de Membros. OPME.</p>
--	---

3.8.3. Pacotes de UTI Pediátrica:

Código	Classificação	Valores
3.8.3.1.	Nível I	R\$ 2.339,57
3.8.3.2.	Nível II	R\$ 2.448,07
3.8.3.3.	Nível III	R\$ 4.223,64

3.8.4. Os valores pagos pelas diárias hospitalares (pediatria), serão pagas conforme precificação abaixo:

Código	Descrição	Valor
3.8.4.1	Diária de Hospital Dia (DAY CLINIC) - Enfermaria	R\$ 198,06
3.8.4.2	Diária de Hospital Dia (DAY CLINIC) - Apartamento	R\$ 198,06
3.8.4.3	Diária de Quarto Coletivo	R\$ 1.051,74
3.8.4.4	Diária de Apartamento com Acompanhante	R\$ 1.152,90

3.9. As dietas e os materiais de consumo hospitalar utilizados serão remunerados na forma dos itens 1.2.5 e 1.5.

4. Taxas e Aluguéis

4.1. Serão pagas as **taxas** descritas na tabela abaixo:

Código	Descrição	Valor
4.1.1	Taxa de aspiração oro/traqueal no centro cirúrgico (por dia)	R\$ 19,29
4.1.2	Taxa de uso de cardioversor (por uso)	R\$ 32,91
4.1.3	Taxa de desinfecção/esterilização de equipamento (por uso)	R\$ 33,89
4.1.4	Taxa de instalação de respirador de pressão (por procedimento)	R\$ 66,59
4.1.5	Taxa de instalação de respirador volumétrico (por procedimento)	R\$ 113,58
4.1.6	Taxa de registro de internação (por internação)	R\$ 37,34
4.1.7	Taxa de isolamento (por dia)	Acréscimo 30% na Diária
4.1.8	Taxa de monitorização cardíaca no CC, em procedimentos com porte até 4 (por uso/ sessão)	R\$ 124,82
4.1.9	Taxa de monitorização cardíaca no CC, em procedimentos com porte superior a 4 (por uso/sessão)	R\$ 184,25
4.1.10	Taxa monitor cardíaco no leito (por dia)	R\$ 169,01
4.1.11	Taxa de nebulização, incluindo uso da sala, seção e procedimentos, sem oxigênio (por sessão)	R\$ 9,52
4.1.12	Taxa de necrotério (por uso/dia)	R\$ 28,15
4.1.13	Taxa de preparação de alimentação enteral, fora da UTI/Semi-UTI/CC (por sessão)	R\$ 11,64

4.1.14	Taxa de preparação de alimentação parenteral, fora da UTI/Semi-UTI/CC (por sessão)	R\$ 17,54
4.1.15	Taxa da sala de repouso/observação PA/OS (por período de até 06 h)	R\$ 31,63
4.1.16	Taxa de uso de estribo (por dia)	R\$ 3,20
4.1.17	Taxa de uso de unidade de anestesia geral (por uso)	R\$ 33,18
4.1.18	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar) (01 por dia)	R\$ 24,45

4.2. Serão pagos os **aluguéis** descritos na tabela abaixo:

Código	Descrição	Valor
4.2.1	Aluguel de bisturi elétrico monopolar (por uso)	R\$ 20,53
4.2.2	Aluguel de bisturi bipolar (por uso)	R\$ 67,81
4.2.3	Aluguel bomba infusora (por dia)	R\$ 52,40
4.2.4	Aluguel de colchão d'água (por dia)	R\$ 14,11
4.2.5	Aluguel de eletrocardiógrafo (por uso)	R\$ 3,29
4.2.6	Aluguel de caixa básica instrumental (por uso)	R\$ 32,39
4.2.7	Aluguel de marca-passo provisório/temporário transvenoso (por dia)	R\$ 186,84
4.2.8	Aluguel de microscópio cirúrgico (por uso)	R\$ 190,73
4.2.9	Aluguel de microscópio cirúrgico de fibra ótica (por uso)	R\$ 258,51
4.2.10	Aluguel de monitor/monitorização cardíaco/ecg, na UTI/CTI (por dia)	R\$ 119,55
4.2.11	Aluguel de monitor de pressão intracraniana com transducer de F.O. (por dia)	R\$ 144,78
4.2.12	Aluguel de monitor cardíaco por débito (por dia)	R\$ 371,64
4.2.13	Aluguel de oxímetro (por hora)	R\$ 6,13
4.2.14	Aluguel de perfurador elétrico na cirurgia de crânio (por uso)	R\$ 312,69
4.2.15	Aluguel de respirador sem oxigênio ou ar comprimido (por dia)	R\$ 133,96
4.2.16	Aluguel de respirador volumétrico (por dia)	R\$ 219,75
4.2.17	Aluguel de serra de gesso (por uso)	R\$ 14,99
4.2.18	Aluguel de bandeja para anestesia locoregional (per-dural/raque) (por uso)	R\$ 25,30
4.2.19	Aluguel de bandeja de assepsia/antisepsia (será pago somente quando utilizada em CC) (por uso)	R\$ 14,30
4.2.20	Aluguel de bandeja para sondagem/cateterismo vesical (por uso)	R\$ 14,69
4.2.21	Aluguel de bandeja de reanimação cardiorrespiratória (por uso)	R\$ 58,57
4.2.22	Aluguel de bandeja para pequenas cirurgias, de porte 2 ou superior, feitas fora do CC (por uso)	R\$ 55,73
4.2.23	Aluguel de bandeja para pequenas cirurgias, de porte inferior a 2, feitas fora do CC (por uso)	R\$ 31,29
4.2.24	Aluguel de punção em geral (por uso)	R\$ 18,03
4.2.25	Aluguel bandeja de punção lombar (por uso)	R\$ 33,78
4.2.26	Aluguel de bandeja de punção de subclávia (por uso)	R\$ 33,78

4.3. Os equipos de bomba infusora serão pagos seguindo os seguintes critérios:

- a) Solução contínua a cada 96 horas;
- b) Infusão intermitente a cada 24 horas;
- c) Soluções lipídicas a cada 12 horas;
- d) Dietas enterais a cada 24 horas;
- e) Dietas parenterais a cada troca da bolsa (dieta); e
- f) Antibióticos, Antifúngicos e Aminas de acordo com a recomendação do fornecedor.

4.4. As dietas e os materiais de consumo hospitalar utilizados serão remunerados na forma dos itens 1.2.5 e 1.5.

4.5. Em relação ao Tempo de uso e troca de materiais, será realizado conforme as orientações do item 6.6 do Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital); e

4.6. Os Materiais não cobertos pelo SSM estão especificados no item 6.7 do Manual de Auditoria em Saúde (DSM-6011 1ª Edição 2024 - anexo AC, do Edital).

5. Gases

5.1. Pelo uso de gases, serão pagos os valores descritos na tabela abaixo:

Código	Tipo	Situação de Uso	Valor
5.1.1	Gás Carbônico	Por hora	R\$ 28,81
5.1.2	Nitrogênio	Por hora	R\$ 22,25
5.1.3	Oxigênio 3 L/MIN	Cateter nasal, máscara sem anestesia por bloqueio, anestesia geral com Protóxido e cal sodada.	R\$ 6,19
5.1.4	Oxigênio 6 L/MIN	Máscara com Venturi, anestesia geral sem Protóxido e com cal sodada, anestesia geral com Protóxido e sem cal sodada, e respirador por pressão.	R\$ 12,33
5.1.5	Oxigênio 8 L/MIN	Incubadora. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 16,43
5.1.6	Oxigênio 9 L/MIN	Nebulização contínua, incubadora, anestesia geral sem Protóxido e sem cal sodada, oxihood, respirador volumétrico e/ou microprocessador, VMI e CPAP de adulto.	R\$ 18,50
5.1.7	Oxigênio 10 L/MIN	Oxihood, CPAP nasal. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 20,55
5.1.8	Oxigênio 18 L/MIN	Respirador de fluxo contínuo. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 36,95
5.1.9	Protóxido 3 L/MIN	-	R\$ 14,40
5.1.10	Protóxido 6 L/MIN	-	R\$ 28,79
5.1.11	Óxido Nítrico	Por hora	R\$ 81,13

6. Pacotes de Atendimentos

6.1. Serão pagos os valores referentes aos pacotes descritos abaixo:

6.1.1	Pacote de Atendimento de Urgência Adulto	Valor
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Honorários médicos - Exames Laboratoriais - todos inclusive dengue, zika e chikungunya - Exames radiológicos simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada - Pequenos procedimentos cirúrgicos/eletivos/suturas - Nebulização/gases medicinais - Medicamentos, inclusive genérico, materiais de consumo técnicos e descartáveis - Taxas, inclusive taxa de repouso - ECÁ - Adicional de urgência <p>Retorno em 21 dias. Na eventualidade de internação do paciente será cobrada a penas a consulta médica.</p>	R\$ 242,56

	<p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O exame para Covid 19: RT PCR - Imobilizações provisórias e aparelhos gessados - Atendimento de ortopedia - Ressonância magnética - Curativo sequencial paciente queimado - ECO e demais exames não relacionados na inclusão e honorários médicos de especialidades não relacionados na inclusão - Hemoterapia, hemodiálise e quimioterapia - Procedimentos cirúrgicos - Hemodinâmicos e radiologia intervencionista (incluindo materiais, medicamentos, contrastes e taxas relacionadas utilizados durante o procedimento) Medicamentos: Actilyse, Agrastat, Abelcet, Ambisone, Beriplex, Cancidas, Glypressin, Hemax, Granulokine, Novoseven, Reopro, Remicade, Imunoglobulinas, Sindax e outros medicamentos da resposta biológica e remoções. 	
6.1.2	Pacote de Atendimento de Urgência Pediátrico	Valor
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Honorários médicos - Exames Laboratoriais - Exames radiológicos simples - Pequenos procedimentos cirúrgicos/eletivos - Nebulização/gases medicinais - Materiais e Medicamentos, inclusive genérico - Taxa de repouso - Taxa de sala - Adicional de urgência <p>Obs.: O 2º atendimento, quando necessário, deverá ter um intervalo de 15 dias contados da data do 1º, independente da patologia apresentada.</p> <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O exame para Covid 19: RT PCR - Imobilizações provisórias e aparelhos gessados - Atendimento de ortopedia - Demais exames de imagem (USG, TC, NM) - Curativo sequencial paciente queimado 	<p>R\$ 245,59</p>

6.2. As quantidades de materiais e medicamentos abrangidos pelos pacotes de atendimento de urgência acima limitar-se-ão ao pleno atendimento de urgência do paciente e não ensejarão acréscimos nos custos.

6.3. Para os pacotes de urgência, não serão permitidos a cobrança de pacotes para atendimentos ortopédicos e curativo para queimados.

6.3.1. Para esses atendimentos usar o valor da consulta conforme o item **1.1.4**, os procedimentos realizados serão cobrados conforme o item **1.1**, medicamentos e materiais conforme os itens **1.2** e **1.5** e as taxas de sala de gesso conforme item **3.6.4** e aluguel de serra de gesso **4.2.18**.

6.4. Para os atendimentos de emergência deverão ser aplicados preferencialmente os valores dos pacotes constantes nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste Apêndice.

6.5. Caso a Credenciada, possua serviço de emergência, porém não tenha condições de atender o pacote solicitado, deverá ser informado no momento da solicitação de credenciamento a impossibilidade do cumprimento do pacote, especificando quais procedimentos não conseguem ser realizados e a justificativa;

6.6. Os óbices serão avaliados pela Comissão Especial de Credenciamento e Fiscalização no momento da visita técnica de avaliação;

6.7. Caso seja confirmado a impossibilidade técnica do cumprimento dos pacotes constantes nos itens **6.1.1** e **6.1.2**, e a Comissão Especial de Credenciamento e Fiscalização veja vantajosidade de realizar o credenciamento, o atendimento de emergência será realizado na modalidade "**conta aberta**", com valor da consulta do pronto socorro conforme item **1.1.4**, os valores de procedimentos médicos conforme item **1.1**, serviços de laboratório conforme item **1.3** e serviços de diagnóstico por imagem item **1.4** e medicamentos conforme item **1.2**. Valores de taxas, passíveis de cobrança serão conforme item **4**.

6.7.1. Na cobrança por conta aberta será admitido um acréscimo de 30% em seus portes para os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência, nas seguintes eventualidades:

6.7.1.1. No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte; e

6.7.1.2. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

6.8. Não estão incluídos nos pacotes descritos acima a consulta ortopédica e os curativos de queimados.

6.9. Para os atendimentos "por pacote", a segunda consulta, ou retorno, quando necessária, não será paga quando ocorrer em um intervalo de 15 dias ou menos, contados a partir da data da primeira consulta.

6.10. Casos não previstos ou não cobertos pelas referências anteriormente mencionadas serão avaliados, caso a caso, pelo CREDENCIANTE, por meio da direção da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia.

7. Serviços Odontológicos

7.1. Os valores a serem pagos pelos serviços de odontológicos serão os definidos abaixo:

Código	Serviço	Valor
7.1.1	Tomografia Cone Beam de Mandíbula	R\$ 352,32
7.1.2	Tomografia Cone Beam de Maxila	R\$ 352,32
7.1.3	Tomografia Cone Beam de Segmento	R\$ 257,06
7.1.4	Tomografia Cone Beam de Mandíbula e Maxila	R\$ 612,31
7.1.5	Panorâmica dos Maxilares	R\$ 80,00

7.2. Serviços de Urgência Odontológicos:

Código	Serviço	Valor
7.2.1	Consulta de urgência (exame clínico, avaliação, prescrição, orientações, radiografia inicial e final)	R\$ 296,38
7.2.2	Urgência endodôntica - pulpotomia/pulpectomia (anestesia, acesso, irrigação, medicação intra-canal, curativo, radiografia inicial e final)	R\$ 433,70
7.2.3	Restauração temporária (ionômero de vidro R, radiografia inicial e final)	R\$ 300,00
7.2.4	Restauração de resina em dentes anteriores com envolvimento da face vestibular - de canino a canino (restauração em resina fotopolimerizável, radiografia inicial e final)	R\$ 320,00
7.2.5	Provisório de dentes anteriores - canino a canino (confecção de coroa provisória em resina autopolimerizável/dente de estoque - com ou sem	R\$ 400,00

	a utilização de pino intrarradicular, cimentação, radiografia inicial e final)	
7.2.6	Recimentação/reembasamento de restaurações indiretas (reembasamento com resina auto polimerizável, recimentação com cimento provisório/definitivo e radiografia inicial e final)	R\$ 320,00
7.2.7	Contenção semirrígida em casos de trauma - até 05 elementos (confeção e instalação da contenção semi-rígida, radiografia inicial e final)	R\$ 713,60
7.2.8	Extração dentária simples de elementos permanentes/decíduos (exodontia, sutura e radiografia inicial e final)	R\$ 330,36

7.3. Os valores acima já preveem a utilização de materiais e medicamentos necessário ao atendimento odontológico. A quantidade de materiais e medicamentos necessários ao atendimento da urgência odontológica limitar-se-ão ao pleno atendimento da urgência do paciente e não ensejarão acréscimos nos custos.

7.4. A realização dos procedimentos de urgência estão definidas no Termo de Credenciamento Odontológico (Anexo D). Procedimentos realizados que não estejam previstos, serão glosados.

7.5. A consulta de urgência odontológica, será realizada, após autorização pela Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia, através do número (22) 2621-4065.

7.6. É terminantemente proibido a cobrança de qualquer taxa extra, medicamentos ou materiais ao usuário do Sistema de Saúde da Marinha pelo atendimento da consulta de urgência odontológica.

8. Serviços Complementares

8.1. Os valores a serem pagos pelos serviços fisioterapêuticos serão os definidos abaixo:

Código	Serviço	Valor
8.1.1	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico, paciente independente ou com dependência parcial.	R\$ 68,50
8.1.2	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico, paciente com dependência total.	R\$ 78,50
8.1.3	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente independente ou com dependência parcial.	R\$ 66,50
8.1.4	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente com dependência total.	R\$ 79,50
8.1.5	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em programa de recuperação funcional cardiopulmonar, atendimento individualizado.	R\$ 92,71
8.1.6	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema cardiovascular clínica e/ ou cirúrgica atendido em programa de recuperação funcional cardiovascular, atendimento individualizado.	R\$ 97,52
8.1.7	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema tegumentar (queimaduras), atingindo até um terço de área corporal.	R\$ 74,42
8.1.8	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial, nas disfunções do sistema tegumentar (queimaduras), atingindo mais de um terço de área corporal.	R\$ 100,03
8.1.9	Assistência fisioterapêutica - ambulatorial/hospitalar (enfermaria e apartamento), nas disfunções do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/proctológico).	R\$ 140,00

8.1.10	Assistência fisioterapêutica nas disfunções oncológicas.	R\$ 114,25
8.1.11	Hidroterapia (Grupo).	R\$ 55,28
8.1.12	Hidroterapia (Individual).	R\$ 121,25
8.1.13	Reabilitação Vestibular (disfunções labirínticas).	R\$ 88,24
8.1.14	Assistência fisioterapêutica - nas alterações oculomotoras - exercícios oculomotores.	R\$ 138,10
8.1.15	Intervenções fisioterapêuticas na deficiência cinético- funcional linfática e/ou vascular, em um segmento, associada ou não a ulcerações - NÍVEL AMBULATORIAL	R\$ 72,95
8.1.16	Intervenções fisioterapêuticas na deficiência cinético- funcional linfática e/ou vascular, em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações - NÍVEL AMBULATORIAL;	R\$ 91,38
8.1.17	Intervenções fisioterapêuticas nas deficiências cinético- funcionais urológicas, ginecológicas, obstétricas e proctológicas - NÍVEL AMBULATORIAL	R\$ 140,00
8.1.18	Intervenções fisioterapêuticas para preparação de coto na amputação unilateral;	R\$ 70,00
8.1.19	Intervenções fisioterapêuticas para treinamento protético na amputação unilateral;	R\$ 90,00
8.1.20	Intervenções fisioterapêuticas para preparação de coto na amputação bilateral;	R\$ 90,00
8.1.21	Intervenções fisioterapêuticas para treinamento protético na amputação bilateral;	R\$ 110,00
8.1.22	Cinesioterapia intensiva com vestes terapêuticas (3 horas de atendimento/dia);	R\$ 566,25
8.1.23	Intervenção fisioterapêutica perineal com Biofeedback	R\$ 155,00
8.1.24	Eletroestimulação do assoalho Pélvico	R\$ 103,70
8.1.25	Reeducação Postural Global (RPG).	R\$ 104,89
8.1.26	Sessão com o Método Pilates (Individual)	R\$ 62,13
8.1.27	Sessão com o Método Pilates (Grupo)	R\$ 44,10
8.1.28	Terapia Ocupacional - Atendimento ambulatorial.	R\$ 93,22
8.1.29	Terapia Ocupacional - Atendimento domiciliar.	R\$ 140,27
8.1.30	Terapia Ocupacional - Atividades em grupo (por pessoa).	R\$ 80,00
8.1.31	Terapia Ocupacional - Realização de oficinas terapêuticas (por pessoa).	R\$ 80,00

8.2. Os valores a serem pagos pelos serviços de fonoaudiologia serão os definidos abaixo:

Código	Serviço	Valor
8.2.1	Audiometria Tonal	R\$ 110,00
8.2.2	Audiometria Vocal ou Logoaudiometria	R\$ 80,00
8.2.3	Impedanciometria	R\$ 100,00
8.2.4	Audiometria Comportamental	R\$ 240,00
8.2.5	Audiometria com Reforço Visual	R\$ 140,00
8.2.6	Avaliação do Processamento Auditivo Central	R\$ 300,00
8.2.7	Emissões Otoacústicas	R\$ 120,00
8.2.8	Consulta de Fonoaudiologia - 45 minutos	R\$ 110,17
8.2.9	Sessão Fonoaudiologia - 45 minutos, para atendimentos individuais (sessões de fonoterapia, exames e testagens)	R\$ 86,00
8.2.10	Sessão Fonoaudiologia - 60 minutos para atendimentos em grupo de quatro a cinco pacientes;	R\$ 75,00

8.2.11	Sessão Fonoaudiologia - 90 minutos para grupos de seis a oito pacientes	R\$ 80,00
8.2.12	Teste da Linguinha (Avaliação da Anquiloglossia)	R\$ 100,00

8.3. Os valores a serem pagos pelos serviços psicológicos serão os definidos abaixo:

Código	Serviço	Valor
8.3.1	Consulta de Psicologia individual com duração de 60 minutos	R\$ 111,51
8.3.2	Consulta de Psicologia para casal com duração de 90 minutos	R\$ 222,50
8.3.3	Consulta de Psicologia para grupo, família e orientação de pais com duração 120 minutos	R\$ 250,00
8.3.4	Pacote de 10 sessões para avaliação psicológica infantil: avaliação e acompanhamento psicossocial	R\$ 1.650,00
8.3.5	Pacote de 10 sessões para avaliação psicológica infantil: avaliação neuropsicológica	R\$ 1.750,00
8.3.6	Pacote de 10 sessões para avaliação psicológica infantil: avaliação neuropsicopedagógica.	R\$ 1.750,00
8.3.7	Pacote de 6 sessões para avaliação psicológica adulto: avaliação e acompanhamento psicossocial	R\$ 1.000,00
8.3.8	Pacote de 6 sessões para avaliação psicológica adulto: avaliação neuropsicológica,	R\$ 1.187,50
8.3.9	Pacote de 6 sessões para avaliação psicológica adulto: avaliação neuropsicopedagógica.	R\$ 1.050,00
8.3.10	Consulta de Psicopedagogia.	R\$ 118,50
8.3.11	Consulta de Psicomotricidade.	R\$ 117,00

8.3.12. Quando a quantidade de seções autorizadas nas Guias de Atendimento ao Usuário (GAU), dos itens **8.3.3 ao 8.3.13**, forem inferior a quantidade prevista em cada pacote, será cobrada o valor proporcional do valor total do pacote (valor do pacote/quantidade de seções X Quantidade de seções realizadas).

8.4. Os valores a serem pagos pelos serviços de nutrição serão os definidos abaixo:

Código	Serviço	Valor
8.4.1	Consulta Nutrição	R\$ 145,07

9. Serviços de Assistência Domiciliar

9.1. Diárias Técnico de Enfermagem:

Código	Descrição do Serviço	Valor
9.1.1	Diária Internação Domiciliar 06 h	R\$ 231,80
9.1.2	Diária Internação Domiciliar 12 h	R\$ 395,57
9.1.3	Diária Internação Domiciliar 24H S/ Vent. Mecânica	R\$ 555,00
9.1.4	Diária Internação Domiciliar 24H C/ Vent. Mecânica	R\$ 758,43

9.1.5. Itens Inclusos nos pacotes das diárias de enfermagem (6 e 12h), conforme Planejamento da Atenção Domiciliar – PAD:

- Presença do Técnico de Enfermagem no domicílio do usuário conforme período (6, 12 ou 24h) contratado;
- Visita de Supervisão do Enfermeiro de 1 a 3x/semana;
- Visita de Urgência e Emergência do Enfermeiro, quando se fizer necessário (sem custo adicional);

- Central de Atendimento 24 horas;
- Materiais de uso na higiene e desinfecção (máscaras, luvas de procedimentos estéreis, luvas cirúrgicas estéreis, gazes, seringas, agulhas, algodão, álcool, clorexidine alcoólico, clorexidine degermante e comadres/papagaios);
- Materiais de pronto uso como estetoscópio, esfigmomanômetro, Ambú e termômetro e oxímetro de pulso;
- Treinamento do cuidador e orientação à família quanto aos procedimentos que são realizados no domicílio do paciente pelo enfermeiro(a);
- Emissão de relatório de enfermagem mensal; e
- Realização de todos os procedimentos de enfermagem passíveis de serem realizados em domicílio que estejam elencados dentro dos limites de atuação da equipe profissional, devidamente supervisionados pela coordenação de enfermagem. Dentre os procedimentos possíveis de realização em domicílio destacam-se os procedimentos descritos no item 5.7.7.2.1.1.9, do Termo de Referência.

9.2. Honorários dos Profissionais:

Código	Descrição do Serviço	Valor
9.2.1	Visita pontual Médico generalista (30 minutos)	R\$ 378,60
9.2.2	Visita pontual Médico Especialista com RQE (30 minutos)	R\$ 574,02
9.2.3	Visita pontual Enfermeiro (30 minutos)	R\$ 108,43
9.2.4	Visita pontual do Técnico de Enfermagem (por até 120 minutos)	R\$ 87,62
9.2.5	Visita pontual Nutricionista (30 minutos)	R\$ 107,06
9.2.6	Visita pontual Fisioterapia (30 minutos)	R\$ 110,00
9.2.7	Sessão Fisioterapia Motora (45 minutos)	R\$ 107,50
9.2.8	Sessão Fisioterapia Respiratória (45 minutos)	R\$ 105,34
9.2.9	Sessão de Fisioterapia Respiratória e Motora (80 minutos)	R\$ 166,08
9.2.10	Visita pontual Fonoaudiologia (30 minutos)	R\$ 116,00
9.2.11	Sessão Fonoaudiologia (45 minutos)	R\$ 133,90
9.2.12	Visita pontual Fonoaudiologia especializada em pacientes com necessidades especiais (45 minutos)	R\$ 191,00
9.2.13	Sessão fonoaudiologia em pacientes com necessidade especiais (60 minutos)	R\$ 240,00
9.2.14	Visita pontual Psicólogo	R\$ 97,58
9.2.15	Sessão de Psicologia (60 minutos)	R\$ 127,84
9.2.16	Sessão de Psicologia online (60 minutos)	R\$ 111,78
9.2.17	Sessão de Terapia Ocupacional (60 minutos)	R\$ 145,00

9.3. Serviços Adicionais Avulsos:

Código	Descrição do Serviço	Valor
9.3.1	Avaliação com Assistente Social	R\$ 103,33
9.3.2	Atendimento Médico de Urgência	R\$ 578,55
9.3.3	Atendimento de Enfermeiro de urgência	R\$ 150,00

9.4. Diárias de Equipamentos e Materiais:

Código	Descrição do Serviço	Valor
9.4.1	Cama hospitalar com 03 elevações e grades + colchão + escada de 02 degraus	R\$ 15,50

9.4.2	Cadeira higiênica	R\$ 3,97
9.4.3	Cadeira de rodas	R\$ 4,58
9.4.4	Respirador de pressão	R\$ 97,79
9.4.5	Monitor cardíaco	R\$ 75,23
9.4.6	Ventilador volumétrico	R\$ 115,80
9.4.7	Concentrador de oxigênio com backup	R\$ 13,29
9.4.8	Aspirador portátil	R\$ 12,13
9.4.9	Bomba de infusão	R\$ 10,60
9.4.10	CPAP	R\$ 12,75
9.4.11	BIPAP	R\$ 42,48
9.4.12	Suporte de soro com rodízios	R\$ 2,35
9.4.13	Escada de O2 degraus	R\$ 1,99
9.4.14	Base de umidificação	R\$ 6,58
9.4.15	No-break	R\$ 8,87
9.4.16	Macronebulizador	R\$ 6,35
9.4.17	Vacuômetro	R\$ 7,11
9.4.18	Cough Assist	R\$ 112,44
9.4.19	Oxigênio m ³ - valor do m ³	R\$ 21,10

9.5. Taxas de Ambulância (Suporte avançado - UTI):

9.5.1. Os valores a serem cobrados pelos serviços de Ambulância, deverão atender e obedecer os mesmos estabelecidos no item 2.

9.5.2. A cobrança dos medicamentos, bem como os medicamentos de uso restrito hospitalar será praticada conforme o contido no item 1.2.

9.5.3. Para os valores referentes aos serviços de Gasometria, deverá ser observado o previsto no item 5.

9.6. Medicamentos de uso restrito hospitalar, especiais e medicamentos em geral - serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente ao mês do atendimento no Preço de Fábrica (PF) em atendimento à Resolução CMED nº 3/2009. Sendo atribuído como teto para pagamento a Tabela CMED Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), emitida por parte da CMED / ANVISA. Para medicações com valor de PF serão acrescidos o valor de 15% (quinze por cento) referente a taxa pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição seguindo as regras definidas pela ANS (RDC nº 241 de 03/12/2010) e o valor do ICMS, para todos os itens, de acordo com o estabelecido no estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

9.6.1. Os quimioterápicos serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente ao mês do atendimento no padrão Preço de Fábrica (PF) acrescido o valor de 20% (vinte por cento). Teto de pagamento Tabela CMED Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), emitida por parte da CMED / ANVISA ;

9.6.2. Deverá ser dada preferência para medicamentos genéricos;

9.6.3. Radiofármacos - serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE;

9.6.4. As dietas enterais e suplementos serão remunerados pelo CONTRATANTE com base nos catálogos BRASÍNDICE OU SIMPRO, na condição de preço de fábrica, vigente na data da realização do procedimento com deflator de 40% (quarenta por cento).

9.6.5. Os materiais descartáveis serão pagos com base nos catálogos BRASÍNDICE OU SIMPRO, vigente na data da realização do procedimento, com redutor de 20% (vinte por cento) do valor apresentado nos referidos catálogos. E para os materiais não constantes nos referidos catálogos ou preços de fábrica, serão pagos de acordo com os valores de nota fiscal acrescido de

taxa de administração de 10% (dez por cento) e o valor do ICMS, para todos os itens, de acordo com o estabelecido no estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

9.7. Orientações Gerais:

9.7.1. As trocas de cilindros de oxigênio (item 9.8.1) deverão ser validadas mediante documento que conste assinatura de membro da família e data da troca. Posteriormente deverão ser apresentadas com o faturamento da conta ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas da OMH/OMFM. A não observância desta solicitação implicará em glosa da oxigenoterapia fornecida;

9.7.2. Todos os materiais deverão ser encaminhados para faturamento com o código SIMPRO. Para medicamentos não existe essa obrigatoriedade;

9.7.3. Todos os pacientes deverão possuir prontuário mantido e organizado pela empresa contratada;

9.7.4. Cada atendimento realizado deverá ser evoluído, carimbado, datado pelo profissional responsável e ratificado pelo responsável pelo paciente;

9.7.5. Os relatórios deverão ser encaminhados quinzenalmente para o Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), digitalizados por paciente, com carimbo e assinatura dos profissionais responsáveis;

9.7.6. Materiais com preço igual ou superior a R\$ 300,00 (trezentos reais) deverão ser encaminhados para faturamento ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas, com o invólucro do material. A não observância desta solicitação implicará em glosa dos serviços prestados;

9.7.7. Na ocasião das visitas os profissionais deverão se certificar, com antecedência, que o paciente estará no seu domicílio. A OMH/OMFM não se responsabilizará pelos custos decorrentes de atendimentos não realizados, cabendo este ônus ao CREDENCIADO.

9.7.8. Os municípios da área de abrangência da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia são: ARARUAMA, ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, ARRAIAL DO CABO, CABO FRIO, CAMPOS DOS GOYTACAZES, CARAPEBUS, CARDOSO MOREIRA, CASIMIRO DE ABREU, CONCEIÇÃO DE MACABU, IGUABA GRANDE, ITALVA, MACAÉ, QUISSAMÃ, RIO BONITO, RIO DAS OSTRAS, SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA, SÃO JOÃO DA BARRA, SÃO PEDRO DA ALDEIA, SAQUAREMA E SILVA JARDIM.

São Pedro da Aldeia, RJ, na data da assinatura.

RODRIGO IAN SIMÕES DE ABREU LEITE BACELAR
Capitão de Corveta (Md)
Presidente da Comissão de Planejamento

RAFAEL DO ESPIRITO SANTO FERREIRA
Capitão de Fragata (Md)
Membro da Comissão de Planejamento

São Pedro da Aldeia, RJ, na data da assinatura.

Ratifico:

ANA LUISA DE ARÊA LEÃO ALVES
Capitão de Fragata (Md)
Diretora



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



ARQUIVO: Apêndice-I-ao-Anexo-B-do-Edital-de-Credenciamento-nº-3-2024-da-PNSPA.pdf

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas.



Tipo III - Assinatura ICP-Brasil

RAFAEL DO ESPIRITO SANTO FERREIRA (CPF ***.615.247-**) em 19/09/2025 10:48:13 -03 (BRT)

***** Cópia para verificação de assinaturas. *****