

ANEXO N - REFERENCIAL DE CUSTOS PARA A SEDE ILHÉUS

I – INFORMAÇÕES GERAIS

As condições, especificações e composição dos serviços do presente referencial de custos serão utilizados para credenciamento de serviços médico-hospitalares, das Organizações Cívicas de Saúde (OCS) classificados pelo anexo de classificação dos hospitais credenciados como sendo dos tipos A, B, e C, pela Base de Apoio Regional de Ilhéus.

Para fins de remuneração das diárias, taxas e serviços, serão considerados este Referencial de Custos.

II – ESTRUTURA DO REFERENCIAL DE CUSTOS

Este referencial de custos é composto dos itens e condições abaixo listados, para contratação dos serviços descritos, compreendendo:

- 1. DOS HOSPITAIS CLASSIFICAÇÃO “A, B e C”**
- 2. TAXAS DE SALA CIRÚRGICA**
- 3. TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO**
- 4. DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA**
- 5. DAS CONDIÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO**
- 6. DA REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS, DIETAS, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E OPME**
- 7. DA REMUNERAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, SADT, TAXAS E SERVIÇOS**
- 8. DA REMUNERAÇÃO DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS**
- 9. DO LABORATÓRIO**
- 10. DO AMBULATÓRIO**
- 11. NOVIDADES TECNOLÓGICAS EM TERAPÊUTICA MÉDICA**
- 12. DE PACOTES DE SERVIÇOS**
- 13. DE HOME CARE**
- 14. MATERIAIS NÃO COBERTOS E NÃO FINANCIADOS PELO FUSEX**

1. DOS HOSPITAIS CLASSIFICAÇÃO “A, B e C”

1.1 DIÁRIA – CONCEITO:

Compreende o período de ocupação da acomodação do paciente no leito por um período indivisível de até 24 horas. Para efeito de cobrança, fica estabelecido que o intervalo compreenda de 10:00h às 10:00h do período subsequente, com tolerância de 2 horas para a alta.

Não será cobrada diária no dia da alta, exceto nos casos de transferência ou óbito.

Quando ocorrer a transferência do paciente de uma unidade para outra dentro do hospital, a cobrança da diária será correspondente a de maior permanência.

1.2 Diária virtual: situação em que o paciente aguarda, na emergência, leito para internação, por período superior a doze horas, devendo ser cobrado o valor referente a diária de enfermaria. Ocorre no caso de permanência até doze horas. Não estão incluídos, neste caso, taxas de equipamentos para monitoramento ou de suporte para oxigênio.

1.2.1. Hospital-Dia: assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos que requeiram a permanência do paciente em unidade por um período máximo de 12 horas.

1.3. DESCRIÇÃO DA ACOMODAÇÃO

1.3.1. Apartamento Standard / Day: Acomodação individual com banheiro privativo, ar-condicionado, telefone, televisor, frigobar e acomodação para acompanhante.

1.3.2. Enfermarias: Acomodação coletiva para dois e até quatro pacientes com ar-condicionado, um televisor e telefone por quarto, 01 (um) banheiro comum a todos os usuários da unidade física sem direito a acompanhante, exceto nos casos previstos em lei, em conformidade com a RN 387/2015, que garante o direito à acompanhante na Saúde Suplementar, para os menores de 18 anos (Lei 10.741/2003), idosos (Lei 8.069/1990), portadores de necessidades especiais (Lei 3.411/2000), e para o período periparto (Lei 11.108/2005).

1.3.3. Unidade Terapia Intensiva: Acomodação destinada a pacientes graves, com risco de agravamento do quadro ou óbito, ou que necessitem de monitoramento intensivo e especializado e assistência de equipe multidisciplinar ininterruptas nas 24 horas, além de exigirem recursos físicos, recursos humanos e materiais, especializados.

1.3.4. Isolamento UTI: Alojamento especial para acomodação de pacientes infectados que por ordem médica ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão ficar em isolamento.

1.3.5 Isolamento Unidade Aberta: Alojamento especial para acomodação de pacientes infectados que por ordem médica ou da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverão permanecer em isolamento.

1.4. COMPOSIÇÃO DA DIÁRIA

1.4.1. Itens incluídos nas diárias normais de enfermaria, apartamento

1.4.1.1. Leito Próprio;

1.4.1.2. Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante quando em apartamento;

1.4.1.3. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental; luvas de procedimentos estéreis e não estéreis, tampa oclusora para equipos, torneirinhas e conectores de punção venosa, algodão, álcool, compressa de gaze estéril e não estéril, gaze algodoadada, tricotomizador, PVPI, éter, soro fisiológico para curativos, micropore, esparadrapo, frasco para dieta, fraldas descartáveis, materiais de higiene pessoal: (esponja, sabonete, creme e antisséptico bucal, escova de dentes, absorvente).

1.4.1.4. Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, parenterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia ou suplementos orais);

1.4.1.5. Serviços de Enfermagem realizados no leito do paciente:

1.4.1.5.1. Administração de medicamentos por todas as vias;

1.4.1.5.2. Preparo instalação e manutenção por todas as vias;

1.4.1.5.3. Controle de sinais vitais;

1.4.1.5.4. Controle de diurese;

1.4.1.5.5. Tricotomia;

1.4.1.5.6. Curativos;

1.4.1.5.7. Sondagens;

1.4.1.5.8. Aspirações;

1.4.1.5.9. Nebulizações (inclui nebulizador);

1.4.1.5.10. Mudanças de decúbito;

1.4.1.5.11. Locomoção interna do paciente;

1.4.1.5.12. Preparo do paciente para procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêutico (tricotomia, enteroclise, lavagem gástrica, venoclise, cateterismo, instalação de gasoterapia entre outros);

1.4.1.5.13. Cuidados e higiene pessoal do paciente;

1.4.1.5.14. Preparo do corpo em caso de óbito;

1.4.1.6. Avaliação e acompanhamento nutricional;

1.4.1.7. Transporte de equipamentos (Raios-X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc.);

1.4.1.8. Assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais;

1.4.1.9. Refeições do acompanhante nos casos previstos em lei, se o paciente estiver em apartamento e desjejum se o paciente estiver em enfermaria;

1.4.1.10. Serviços administrativos (recepção, registros, controle de gastos e processos de cobrança);

1.4.1.11. Bomba de infusão e infusora (exceto materiais);

1.4.1.12. Transporte de paciente para realização de exames;

1.4.1.13. Materiais especiais de proteção à disseminação da infecção (aventais, máscaras, propés, gorros, óculos de proteção individual);

1.4.2. Itens incluídos na diária de alojamento conjunto: diária cobrada para o recém-nascido em alojamento conjunto, cuja ocupação é dividida no mesmo leito da sua genitora.

1.4.2.1. Todos os itens descritos na diária normal;

1.4.2.2. Bomba Infusora (exceto materiais).

1.4.3. Itens não incluídos na composição das diárias normais

1.4.3.1. Materiais, exceto os previstos na composição da diária;

1.4.3.2. Medicamentos e gases medicinais;

1.4.3.3. Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico, exceto os previstos na composição da diária;

1.4.3.4. Honorários profissionais, exceto os previstos na composição da diária;

1.4.3.5. Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento – SADT;

1.4.3.6. Remoção de pacientes para realizar exames externos;

1.4.3.7. Ligações telefônicas: urbanas, interurbanas, internacionais e para serviço móvel /celular;

1.4.3.8. Sangue e derivados.

1.4.4. Itens incluídos nas Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Geral

1.4.4.1. Todos os itens que compõem as diárias normais, acrescido de:

1.4.4.2. Monitor de Multifunção, Monitor Cardíaco, de débito cardíaco, Pressão Arterial Invasivo e Não invasivo;

1.4.4.3. Oxímetro de pulso;

1.4.4.4. Desfibrilador/Cardioversor;

1.4.4.5. Aspirador a vácuo (exceto a de aspiração contínua);

1.4.4.6. Pressurizador;

1.4.4.7. Capinógrafo;

1.4.4.8. Ar comprimido.

1.4.5. Itens incluídos nas Diárias Especiais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

1.4.5.1. Todos os itens que compõem as diárias especiais de UTI Geral, acrescido de:

1.4.5.2. Fototerapia;

1.4.5.3. Berço Intensivo;

1.4.5.4. Aquecido e Incubadora.

1.4.6. Itens não incluídos na composição da Diária Especial UTI Geral e UTI Neonatal

1.4.6.1. Materiais, exceto os previstos na composição da diária normal;

1.4.6.2. Medicamentos e gases medicinais;

1.4.6.3. Honorários profissionais, exceto os previstos na composição da diária;

1.4.6.4. Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento – SADT;

1.4.6.5. Remoção de pacientes para realizar exames externos;

1.4.6.6. Ligações telefônicas: urbanas, interurbanas, internacionais e para serviço móvel /celular.

1.4.6.7. Outros equipamentos não descritos na diária normal e especial.

1.4.7. Diária de Isolamento – será cobrado adicional de 15% (quinze por cento) sobre o valor correspondente à acomodação no caso de isolamento.

2. TAXAS DE SALA CIRÚRGICA

O Porte de sala será classificado tomando-se como base o porte anestésico da CBHPM Edição 2008/2009 com reajustes nos portes, caso haja dois ou mais portes, será considerado somente aquele que for de maior valor.

2.1. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO PORTE 0 A 8

2.1.1. Local;

2.1.2. Mesa Operatória e Auxiliar;

2.1.3. Serviço de Enfermagem do procedimento;

2.1.4. Rouparia descartável ou não e materiais descartáveis (avental, gorro, máscara, propé, campos cirúrgicos em geral, descartáveis ou não; álcool, compressas cirúrgicas, compressas de gaze, gaze algodoadas; tricotomizador; escova degermante, éter, esparadrapo, micropore, clorexidina, luvas estéreis e não estéreis, soro fisiológico para lavagem de cavidades, placas descartáveis, placa e caneta de bisturi, inclusive eletrocirúrgica, azul de metileno, dispositivo para transferência de soluções em sistema fechado, tampa oclusora para equipos, torneirinhas e conectores de punção venosa;

2.1.5. Iluminação (focos);

2.1.6. Instrumental e equipamento de anestesia;

2.1.7. Monitor Multifunção, Monitor Cardíaco, de débito cardíaco, de Pressão Arterial invasivo e não invasivo;

2.1.8. Aspirador elétrico ou a vácuo;

2.1.9. Oxímetro de Pulso;

2.1.10. Respirador

2.1.11. Bisturi Elétrico, bipolar, deltronix;

2.1.12. Desfibrilador/ Cardioversor;

2.1.13. Serra elétrica;

2.1.14. Hamper;

2.1.15. Capnógrafo;

2.1.16. Microscópio cirúrgico;

- 2.1.17. Bomba de circulação extracorpórea
- 2.1.18. Arco em C
- 2.1.19. Bomba de infusão e infusora
- 2.1.20. Gases medicinais;
- 2.1.21. Instalação dos gases medicinais com seus conectores e cateteres;
- 2.1.22. Locomoção do paciente;
- 2.1.23. Instrumental básico para o procedimento cirúrgico;
- 2.1.24. Instrumentador cirúrgico;
- 2.1.25. Sala de Recuperação pós-anestésica.

2.2. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA CENTRO CIRÚRGICO

Os demais itens não descritos acima estão excluídos das taxas a exemplo de, dentre outros:

- 2.2.1. Materiais, exceto os previstos na composição da sala;
- 2.2.2. Medicamentos;
- 2.2.3. Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não incluídos na composição da sala, devidamente acordado em tabela;
- 2.2.4. Honorários Médicos;
- 2.2.5. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT);

3. TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO

Refere-se a taxa de sala para Pequenos Procedimentos; Quimioterapia-Oncologia; Ambulatorial; Radiologia Intervencionista; Procedimento em Gastroenterologia; Hemodinâmica; e Pronto Atendimento, cuja composição de cada tipo está descrita a seguir:

3.1. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS

- 3.1.1. Local;
- 3.1.2. Mesa Operatória e auxiliares;
- 3.1.3. Serviço de Enfermagem do procedimento;
- 3.1.4. Rouparia e materiais descartáveis (avental, gorro, máscara, propé, álcool, compressas cirúrgicas, escova degermante, compressas de gaze, éter, esparadrapo, micropore, clorexidina, luvas estéreis e não estéreis, placas descartáveis e campos cirúrgicos);
- 3.1.5. Rouparia não descartável;

- 3.1.6. Iluminação (focos);
- 3.1.7. Instrumental e equipamento de anestesia;
- 3.1.8. Monitor Multifunção, Monitor Cardíaco, de Pressão Arterial Invasivo e não Invasivo;
- 3.1.9. Aspirador elétrico ou a vácuo;
- 3.1.10. Oxímetro de Pulso / Capnógrafo;
- 3.1.11. Bisturi Elétrico;
- 3.1.12. Bomba de Infusão e infusora;
- 3.1.13. Desfibrilador/ Cardioversor;
- 3.1.14. Hamper;
- 3.1.15. Instalação de Oxigênio;
- 3.1.16. Locomoção do paciente;
- 3.1.17. Instrumental básico para o procedimento.

3.2. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS

- 3.2.1. Materiais, exceto os previstos na composição da sala;
- 3.2.2. Medicamentos;
- 3.2.3. Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não incluídos na composição da sala, devidamente acordado em tabela;
- 3.2.4. Honorários Médicos;
- 3.2.5. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT);
- 3.2.6. Oxigenoterapia e gases em geral.

3.3. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA-ONCOLOGIA; AMBULATORIAL; RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA; E PROCEDIMENTO EM GASTROENTEROLOGIA

- 3.3.1. Instalações da sala;
- 3.3.2. Rouparia descartável ou não;
- 3.3.3. Materiais descartáveis: álcool, éter, compressas de gaze, esparadrapo, micropore, clorexidina, luva estéril e não estéril, gorro, máscara, propé, avental;

3.3.4. Serviço de Enfermagem do procedimento.

3.3.5. Equipamentos referentes ao procedimento (Vídeo Endoscópio, Citoscópio-cistometro, Ureterinoscópio, Vídeo Artroscópio, Vídeo Urológico, Vídeo Histeroscópio, Vídeo Laparoscópio);

3.3.6. Retirada de bomba (inclui materiais e medicamentos, exceto agulha de huber)

3.4. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DO SUBITEM '3.3'

3.4.1. Materiais, exceto os previstos na composição da sala;

3.4.2. Medicamentos;

3.4.3. Gases anestésicos, medicinais e oxigênio;

3.4.4. Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não incluídos na composição da sala;

3.4.5. Honorários Médicos;

3.4.6. Respirador;

3.4.7. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

3.5. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA HEMODINÂMICA

3.5.1. Instalações da sala;

3.5.2. Desfibrilador / Cardioversor

3.5.3. Serviço de Enfermagem do procedimento.

3.5.4. Rouparia descartável ou não e materiais descartáveis (avental, gorro, máscara, propé, campos cirúrgicos em geral descartáveis ou não; álcool, compressas cirúrgicas, compressas de gaze, gaze algodoadas; tricotomizador; escova degermante, éter, esparadrapo, micropore, clorexidina, luvas estéreis e não estéreis, soro fisiológico para lavagem de cavidades, placas descartáveis, placa e caneta de bisturi, inclusive eletrocirúrgica, azul de metileno, dispositivo para transferência de soluções em sistema fechado, tampa oclusora para equipos, tornerinhas e conectores de punção venosa,

3.5.5. Equipamentos referentes ao procedimento.

3.5.6. Instrumental Cirúrgico (inclui bisturi elétrico);

3.5.7. Aparelho de anestesia;

3.5.8. Oxímetro de pulso;

3.5.9. Capnógrafo;

3.5.10. Monitor Multifunção, Monitor Cardíaco e Monitor de Pressão Arterial Invasiva ou não invasiva;

3.5.11. Respirador;

3.5.12. Gases medicinais (incluindo oxigênio);

3.5.13. Instalação dos gases medicinais com seus cateteres e conectores;

3.5.14. Bomba injetora;

3.5.15. Aspirador a vácuo ou portátil;

3.5.16. Bomba de infusão e infusora;

3.5.17. Desfibrilador/cardioversor;

3.5.18. Instrumentador cirúrgico.

3.5.19. Sala de Recuperação pós-anestésica.

3.6. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DA HEMODINÂMICA

3.6.1. Materiais, exceto os previstos na composição da sala;

3.6.2. Medicamentos;

3.6.3. Equipamentos ou aparelhos de uso eventuais não incluídos na composição da sala;

3.6.4. Honorários Médicos;

3.6.5. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

3.7. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE PRONTO ATENDIMENTO

Leito Observação / Emergência até 06 horas – corresponde ao período de ocupação do paciente no Leito da Emergência, durante as primeiras 06 horas, com permanência mínima de 02 horas.

Assistência de Enfermagem Leito Observação até 06 horas – será devida quando o paciente permanecer em observação no Setor de Emergência por mais de 2 horas e menos de 6 horas por indicação médica

3.7.1. Administração de medicamentos por todas as vias;

3.7.2. Assistência e cuidados ao paciente;

3.7.3. Preparo do paciente para procedimentos médicos;

3.7.4. Equipamentos para monitorização (monitores e oxímetro);

3.7.5. Materiais descartáveis de uso dos profissionais (luvas estéreis ou não estéreis, máscaras, gorros e propés)

3.7.6. Materiais descartáveis (Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental; luvas estéreis ou não estéreis, máscaras, gorros e propés, algodão, álcool, compressa de gaze estéril e não estéril, micropore, esparadrapo, fraldas descartáveis, materiais de higiene pessoal: (esponja, sabonete, creme e anti-séptico bucal, escova de dentes, absorvente).

3.8. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SALA DE PRONTO ATENDIMENTO

3.8.1. Materiais, exceto os previstos acima;

3.8.2. Medicamentos;

3.8.3. Gases anestésicos e oxigênio;

3.8.4. Equipamentos ou aparelhos, exceto os previstos acima;

3.8.5. Consulta e Honorários Médicos de procedimentos realizados;

3.8.6. Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT);

3.8.7. Respirador.

3.9. COMPOSIÇÃO DA TAXA DE SERVIÇO DE PREPARO DE QUIMIOTERAPIA

3.9.1. Instalações da sala;

3.9.2. Equipamentos referentes ao procedimento;

3.9.3. Serviço de quimioterapia.

3.10. NÃO INCLUÍDO NA COMPOSIÇÃO DAS TAXAS DE SERVIÇOS DOS PREPAROS DE QUIMIOTERAPIA

3.10.1. Materiais e medicamentos;

3.10.2. Equipamentos ou aparelhos, exceto o do procedimento;

3.10.3. Honorários Médicos;

3.10.4. Materiais de consumo (descartáveis ou não, exceto frasco para dieta, incluso na diária);

4. DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

4.1. Serviço de Fisioterapia prestado durante o internamento do paciente, de acordo com indicação médica por 24 (vinte e quatro) horas, considerando, no mínimo 02 (duas) sessões em unidade aberta e 03 (três) sessões em unidade fechada;

4.2. Não será pago fisioterapia prestada ao paciente sem indicação, considerando o procedimento realizado e tempo de permanência na internação.

5. DAS CONDIÇÕES GERAIS DE ATENDIMENTO

5.1 DO ATENDIMENTO ELETIVO

5.1.1. O atendimento eletivo será realizado mediante guia de encaminhamento, que será apresentada pelo usuário, identificando-se conforme previsto na legislação pertinente para cada grupo de usuários [Portaria nº 048/2008 (IR 30–38); Portaria nº 049/2008 (IR 30–39); Portaria nº 422/ 2008 (IG 30 – 18); Portaria nº 878/2006 (IG 30 – 16); e Nota Informativa nº 001/ 2011].

5.1.2. Os usuários deverão ser encaminhados por médico militar e deverão portar a requisição com pedido médico e a guia de encaminhamento que autoriza a realização do atendimento/procedimento com validade até 30 (trinta) dias a contar da data de emissão e um documento que permita sua identificação.

5.1.3. Nos casos de internação, o usuário/familiar deverá, a cada 07(sete) dias, providenciar junto à seção FUSEx, uma nova guia para prorrogação do internamento, devendo esta ser entregue no setor responsável na OCS credenciada.

5.1.4 Quando houver necessidade de realização de exame ou procedimento de paciente internado em outra unidade hospitalar, a remoção de uma OCS para outra será de responsabilidade da CREDENCIANTE, que o fará por meio e equipe próprios ou por OCS credenciada para este serviço especializado, devendo a cobrança pela remoção, obedecer às regras previstas em edital que prevê tal serviço.

5.1.5. A execução e o controle do presente instrumento serão avaliados pela CONTRATANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

5.2. DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

5.2.1 O atendimento de urgência/emergência dos usuários do sistema deverá ser realizado, sempre que possível, pelo Pronto Atendimento da OCS credenciada, sendo que o beneficiário ou seu responsável deverá informar o fato à Seção FuSEx da Base de Apoio Regional de Ilhéus, no prazo máximo de 48 horas úteis, portando o relatório médico com justificativa técnica para tal atendimento.

5.2.2 Após a entrega do formulário de Pronto Atendimento emitido pela OCS credenciada e da entrega de cópias de identificação do paciente junto com cópia do respectivo cartão FuSEx, deverá ser solicitado a emissão da guia de encaminhamento na Seção FuSEx da Base de Apoio Regional de

Ilhéus, podendo ainda, se necessário, o paciente ser submetido a exame e parecer do médico militar, de acordo com as Instruções Reguladoras Para Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército, Portaria Nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008 (IR 30-38), para comprovação da urgência/emergência.

5.2.3 Nos casos acima, o usuário, poderá receber atendimento sem apresentação de guia de encaminhamento, desde que devidamente identificado mediante apresentação de documentação comprobatória (identidade militar ou cartão FuSEx e identidade civil), e que o quadro de saúde se caracterize como grave e/ou com risco à vida, com compromisso do usuário ou familiar de providenciar, junto ao setor de encaminhamento do FuSEx a emissão da referida guia, no prazo estabelecido na alínea anterior.

5.2.4 Os atendimentos nos serviços de emergência das OCS credenciadas que não se enquadrarem no descrito na alínea anterior, deverão ser realizados mediante apresentação de guia de encaminhamento emitida pela Seção FuSEx da Base de Apoio Regional de Ilhéus.

5.2.5 A comprovação de urgência ou emergência ficará caracterizada somente após o cumprimento de todas as etapas previstas na portaria supra referida, e será formalizada pela emissão de guia de encaminhamento.

5.2.6 A CONTRATANTE não se obriga ao pagamento dos serviços prestados em desacordo com a orientação contida neste instrumento.

5.3. DA ACOMODAÇÃO

5.3.1. As acomodações oferecidas ao paciente serão descritas a seguir, obedecendo ao prescrito na Portaria nº 048/2008 (IR 30–38).

a. Para Oficiais, Subtenentes, Sargentos e seus respectivos dependentes: acomodação em apartamento privativo;

b. Para Cabos, Soldados, Taifeiros, Ex-Combatentes, Funcionários Cíveis e seus respectivos dependentes: acomodação em enfermaria;

c. Entende-se por acomodação individual: apartamento ou quarto individual;

d. Entende-se por acomodação coletiva: enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva/Semi-intensiva.

e. O setor de internamento da OCS credenciada deverá buscar identificar a condição do usuário, através da documentação apresentada no momento da admissão, encaminhando-o para a acomodação a que tem direito de acordo com o descrito acima.

f. Os casos que exigirem condição diferente da explicitada acima deverão ser tratados com a Seção de Auditoria da Base de Apoio Regional de Ilhéus, devidamente justificados mediante apresentação de relatório médico.

g. Se o usuário preferir permanecer em acomodação superior a que tem direito, deverá efetuar o pagamento da diferença direto à OCS, não devendo haver ônus para a credenciante em nenhuma hipótese.

6. DA REMUNERAÇÃO DE MEDICAMENTOS, DIETAS, MATERIAIS DESCARTÁVEIS E OPME

6.1. DOS MEDICAMENTOS

6.1.1. Os medicamentos a serem utilizados no tratamento dos pacientes da contratante, serão faturados pela contratada com base no Catálogo BRASÍNDICE, PF (Preço de Fábrica) mais acréscimo de 28% (vinte e oito por cento). Para os medicamentos não constantes no referido catálogo será aplicado ao valor de nota fiscal do fornecedor acrescido de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização. As medicações líquidas, soluções, gotas, unguentos, colírios, pomadas, serão cobrados fracionados e na sua apresentação original, para cada paciente, conforme prescrição médica. No caso de medicamentos de alto custo será necessária autorização prévia para o seu uso, ressalvados os casos de urgência/emergência para os quais deverá ser apresentado justificativa médica para análise do médico auditor da contratante durante a vigência do tratamento, devendo esta justificativa estar anexada à conta hospitalar para auditoria. Será considerado medicamento de alto custo todo aquele cuja unidade custe mais de R\$ 1.000,00 (um mil reais) necessitando de autorização prévia para o uso.

6.1.2. Para os medicamentos, será admitido cobrança de **taxa** de 28% (vinte e oito por cento), sobre o preço de fábrica previsto no catálogo Brasíndice, na data do evento. A referida taxa aplica-se para atividades de operacionalização relacionadas a manipulação, armazenamento, distribuição, conferência e estudos de efetividade, atividades estas que envolvem equipe multidisciplinar.

6.1.3 As dietas enterais, soluções parenterais e suplementos serão remunerados pela CONTRATANTE com base nos catálogos BRASÍNDICE OU SIMPRO (nesta ordem) com deflator de 25% (vinte e cinco por cento), na condição de preço de fábrica, vigente na data da realização do procedimento.

6.1.4 Os radiofármacos, contrastes e soluções para hemodiálise serão pagos com base no catálogo BRASÍNDICE, com deflator de 20% (vinte por cento), na condição de preço de fábrica, vigente na data da realização do procedimento.

6.2. DOS MATERIAIS DESCARTÁVEIS

6.2.1. Os materiais descartáveis não precificados em tabela anexa a este instrumento, serão pagos com base nos Catálogos BRASÍNDICE ou SIMPRO, nesta ordem, com deflator de 20% (vinte por cento), vigente na data da realização do procedimento. Os materiais descartáveis com valores superiores a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), salvo em casos de emergência comprovada, deverão ter autorização prévia para uso. Nesses casos, deverá ser apresentado ao médico auditor da credenciante, justificativa médica em até 24 horas úteis após uso do material para conhecimento e validação após análise da indicação, quantidade e valor do material, devendo esta justificativa estar anexada à conta hospitalar para fins de auditoria.

6.3. DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPMES)

6.3.1 Os OPMEs serão pagos com a apresentação de 03 (três) orçamentos distintos, para demandas eletivas. Será aceita a cobrança de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização sobre o valor final do material. OS OPMEs usados separadamente e que custem mais de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) necessitam de autorização prévia para uso. Quando o procedimento necessitar de materiais ou OPMEs cuja soma seja maior que o valor mencionado acima, será necessária a autorização para todos os itens, mesmo que algum deles, isoladamente, custe menos que R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

6.3.2. Após a apresentação dos orçamentos, a contratante poderá ainda apresentar contraproposta à contratada, no sentido de tentar reduzir o custo do material descrito neste item caso os mesmos sejam considerados, após avaliação, acima do valor de mercado local. Tais materiais necessitam de autorização prévia para uso, excetuando-se os casos de procedimentos de urgência/emergência, para os quais deverá ser apresentada justificativa médica para o uso e submetido à avaliação da equipe de auditoria da credenciante em até 24 (vinte e quatro) horas úteis após o procedimento para posterior autorização após análise da indicação do procedimento e materiais utilizados, podendo ser necessário apresentação de esclarecimentos adicionais de ordem médica ou administrativa da OCS credenciada à credenciante.

6.3.3. As Notas fiscais dos OPMEs deverão ser apresentadas em auditoria posterior e anexada em fatura, devendo constar o nome do paciente e a data da realização do procedimento.

6.3.4. Outros serviços poderão ser contratados na forma de pacote, contudo seus valores não poderão ultrapassar o cálculo do procedimento cobrado item a item fixados neste referencial de custo (diárias, materiais, medicações, honorários, taxas e OPME quando for o caso).

6.3.5. Poderá ser incluído, na forma de aditivo de contrato, tabela de referencial de materiais descartáveis com valores acordados entre as OCS.

6.3.6. OPMES relacionados a procedimentos bucomaxilofacial deverão também apresentar 03 (três) orçamentos distintos conforme consta no item 6.3.1 desta tabela referencial de custo.

7. DA REMUNERAÇÃO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS, SADT, TAXAS E SERVIÇOS

7.1. HONORÁRIOS MÉDICOS, CIRURGIÕES BUCOMAXILOFACIAIS E SADT: serão remunerados de acordo com a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES, conforme tabela abaixo:

TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	13,78	5 C	321,06	10 B	1.062,96
1 B	27,58	6 A	349,93	10 C	1.179,82
1 C	41,36	6 B	384,08	11 A	1.248,10
2 A	55,14	6 C	420,18	11 B	1.368,90
2 B	74,20	7 A	454,33	11 C	1.502,17
2 C	87,98	7 B	502,26	12 A	1.556,68
3 A	120,80	7 C	594,17	12 B	1.673,53
3 B	153,64	8 A	642,10	12 C	2.050,39
3 C	175,96	8 B	672,30	13 A	2.256,56
4 A	210,10	8 C	713,66	13 B	2.475,84
4 B	229,80	9 A	758,97	13 C	2.737,80
4 C	259,33	9 B	829,87	14 A	3.051,62
5 A	279,68	9 C	913,92	14 B	3.319,51
5 B	302,01	10 A	980,89	14 C	3.662,21

7.2. Ao se utilizar a CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.3. Para os honorários médicos será considerada a tabela CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES plena e suas regras;

7.4. O Valor da Consulta será de R\$ 113,35 (cento e treze reais e trinta e cinco centavos) para hospitais de grande porte e R\$ 111,61 (cento e onze reais e sessenta e um centavos) para hospitais de médio porte.

7.5. As visitas médicas a pacientes internados serão remuneradas de acordo com as regras da tabela CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES.

7.6. No caso dos procedimentos cirúrgicos, quando for realizado mais de um, no mesmo tempo cirúrgico, será cobrada integralmente a taxa de maior porte e para o segundo procedimento se na mesma via será 50% (cinquenta por cento) sobre o valor do primeiro procedimento; quando em vias diferentes será acrescido 70% (setenta por cento) sobre o valor do primeiro procedimento, conforme determina regras da tabela CBHPM.

7.7. Não há previsão de honorários para instrumentadores cirúrgicos.

7.8. Para atendimento em urgência/emergência serão utilizadas as regras das instruções gerais da tabela CBHPM , com cobrança de 30% de acréscimo sobre o valor normal das 19:00h às 07:00h nos dias úteis e nas 24 horas de sábados, domingos e feriados.

7.9. A revisão de consultas e procedimentos cirúrgicos terão prazo de 30 dias, a contar da data do atendimento, e não incidirá nenhum tipo de cobrança.

7.10. Dos Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT)

7.10.1 Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico)

7.10.1.1. Os exames radiodiagnósticos são exames radiológicos tipo Raio X simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

7.10.1.2. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não prevejam o uso de contraste somente terão o contraste remunerado se justificado pelo médico radiologista.

7.10.1.3. Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES plena e suas regras).

7.10.1.4. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão.

7.10.1.5. Ao se utilizar a CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES plena e suas regras, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será de R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.10.1.6. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES e UCO de R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.10.2. Exames Laboratoriais

7.10.2.1. Para exames laboratoriais serão considerados os valores constantes na Tabela **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES** deste referencial de custos. Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.10.3. Exames endoscópicos

7.10.3.1. Os exames endoscópicos tais como Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada e Histeroscopia serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (**CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**), UCO R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos). Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**.

7.10.3.2. Ao se utilizar a **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.10.4. Exames anatomopatológicos

7.10.4.1. Os exames anatomopatológicos serão remunerados conforme **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão para fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na **CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES**. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 15,76 (quinze reais e setenta e seis centavos).

7.10.4.2. Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o Credenciado deverá remeter, quando solicitado pela Seção de Auditoria do credenciante, relatório simplificado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

7.11. Para as Diárias, Taxas e Serviço, serão aplicados os valores constantes nesta Tabela de Referencial de Custo.

7.12. Os protocolos da credenciada que resultem na cobrança de taxas deverão estar embasados na legislação vigente ou em estudos científicos referenciados e serão, para fins de pagamento, submetidos a avaliação da auditoria técnica da credenciante.

7.13. Filme Radiológico: R\$ 36,88 m².

7.14. Alimentação Acompanhante – Incluso na diária a alimentação do acompanhante nos casos previstos em lei, se o paciente estiver em apartamento e desjejum se o paciente estiver em enfermaria;

7.15. Os serviços da contratada poderão ser descredenciados se após realização de vistoria por parte da credenciada que pode ser realizada pelo fiscal de contrato, Seção de Aquisição e Contratos, FuSEx ou Auditoria do Hospital Geral de Salvador, for constatado descumprimento deste contrato, condições inadequadas para a boa assistência ao usuário que estiver fazendo uso do serviço ou mediante denúncia do usuário ou seu familiar de maus-tratos ou assistência inadequada com posterior comprovação do fato pela credenciante.

8. DA REMUNERAÇÃO DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS

TABELA DE DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS			
DIÁRIAS	A	B	C
Apartamento Standard	***	679,86	582,01
Enfermaria	***	-	477,84
Enfermaria de 2 Leitos	***	636,88	-
Enfermaria de 3 Leitos	***	428,66	-
Alojamento Conjunto Apto	***	816,52	459,47
Alojamento Conjunto 2 Leitos	***	612,39	-
Alojamento Conjunto 3 Leitos	***	500,12	-
Diária de Berçário Normal	***	159,80	-
Diária de Berçário Patológico	***	680,97	-
Diária Hospital Dia	***	407,90	407,37
Diária de UTI Neo-Natal / Pediátrica	***	2.347,61	-
Diária de UTI Adulto	***	1.956,37	1.531,59

Diária de UTS Adulto	***	1.684,47	-
Leito virtual	***	360,33	380,78
TAXAS DE SALA CIRÚRGICA	A	B	C
Taxa Cirurgia Porte 0 / Uso	***	200,00	150,06
Taxa Cirurgia Porte 1 / Uso	***	285,98	214,57
Taxa Cirurgia Porte 2 / Uso	***	384,77	288,71
Taxa Cirurgia Porte 3 / Uso	***	571,55	428,83
Taxa Cirurgia Porte 4 / Uso	***	779,53	584,89
Taxa Cirurgia Porte 5 / Uso	***	1.078,29	809,03
Taxa Cirurgia Porte 6 / Uso	***	1.480,02	1.110,46
Taxa Cirurgia Porte 7 / Uso	***	1.817,43	1.363,63
Taxa Cirurgia Porte 8 / Uso	***	-	1.499,29
Taxa Cirurgia Parto 2 / Uso	***	296,36	-
Taxa Cirurgia Parto 3 / Uso	***	365,29	-
Taxa Cirurgia Parto 4 / Uso	***	527,69	-
Taxa Cirurgia Parto 5 / Uso	***	649,48	-
Taxa Cirurgia Parto 6 / Uso	***	815,75	-
Taxa Cirurgia Parto 7 / Uso	***	1.061,97	-
TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	A	B	C
Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatorial	***	164,67	111,64
Sala de Gesso	***	64,67	-
Taxa de Sala Quimioterapia – Oncologia /ambulatório / Uso	***	223,14	-
Taxa de Sala Endoscopia – Por Exame	***	107,03	-
Taxa de Sala Broncoscopia – Por Exame	***	244,73	-
Taxa de Sala Hemodinâmica / Angiografia	***	1.189,58	892,53
Taxa de Espirometria – Por Exame	***	90,73	-
Taxa de Sala Radioterapia – Por Exame	***	203,89	-
PRONTO ATENDIMENTO / EMERGÊNCIA	A	B	C
Leito Observação até 06 horas	***	119,94	89,99
Leito Observação Por Hora Subsequente	***	19,97	14,99
Assistência médica em Leito	***	113,71	-

Observação até 06 horas			
Assistência médica em Leito Observação por hora subsequente	***	24,08	-
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO	A	B	C
Aplicação de Injeção (IM/EV/SM)	***	13,90	-
Curativo Especial / Procedimento	***	83,92	62,00
Curativo Grande / Procedimento	***	58,86	43,40
Curativo Médio / Procedimento	***	47,66	35,23
Curativo Pequeno / Procedimento	***	35,20	25,99
Retirada de Pontos / Procedimento	***	24,45	18,07
Retirada Tala Gessada	***	-	27,56
GASOTERAPIA E NEBULIZAÇÃO	A	B	C
Ar Comprimido L / hora	***	28,42	27,56
Gás Carbônico / hora	***	35,84	-
Nebulização Simples Ar Comprimido e Medicação / Sessão	***	41,04	26,38
Nebulização Oxigênio e Medicação / Sessão	***	66,12	49,60
Nitrogênio / Sessão	***	66,06	-
Oxigênio 01 litros / hora	***	-	5,67
Oxigênio 02 litros / hora	***	18,92	11,80
Oxigênio 03 litros / hora	***	28,00	17,27
Oxigênio 05 litros / hora	***	47,78	31,69
Oxigênio 08 litros / hora	***	76,39	46,09
Oxigênio 10 litros / hora	***	95,52	54,73
Protóxido de Azoto / hora	***	152,41	121,51
OUTRAS TAXAS	A	B	C
Taxa de Refeição de Acompanhante	***	32,09	26,23
TAXA DE PREPARO SUPORTE EM NUTRIÇÃO PARA DIETAS FRACIONADAS E MANIPULADAS EM AMBIENTE ESTÉRIL	A	B	C
Alimentação Enteral (p/ unidade)	***	47,66	53,62
Alimentação Parenteral (p/ unidade)	***	62,92	53,62

FISIOTERAPIA / FONOAUDIOLOGIA / NUTRIÇÃO / PSICOLOGIA	A	B	C
Tratamento Fisiot. Pac. Interno Unidade Aberta / dia (Pacote)	***	85,09	84,53
Tratamento Fisiot. Pac. Interno Unidade Fechada / dia (Pacote)	***	176,07	172,58
Avaliação / Sessão de Fonoaudiologia	***	-	63,03
Avaliação / Sessão de Psicologia	***	-	65,64
Avaliação / Sessão de Nutricionista	***	-	59,08
TAXAS DE EQUIPAMENTOS	A	B	C
Aspirador / Uso	***	32,25	24,18
Balão Intra-Aórtico / Dia	***	248,38	-
Bomba Extra Corpórea / Uso	***	242,91	-
Bisturi Elétrico / Uso	***	54,89 *não remunerar em CC e UTI	41,18 *não remunerar em CC e UTI
Bomba de Infusão / Uso	***	54,51 *não remunerar em CC e UTI	26,31 *não remunerar em CC e UTI
Bomba Extra Corpórea / Uso	***	-	182,25
Broncocóscpio Cirúrgico / Uso	***	124,05	-
Cardiotacógrafo / Uso	***	148,85	111,67
Citoscópio-Cistometro Cirúrgico / Uso	***	149,00	111,81
Colchão de Ar ou Água / Uso	***	66,05 / por internação	50,53 / por internação
Craniótomo / Uso	***	126,34	-
Dermátomo / Uso	***	72,67	-
Desfibrilador / Cardioversor / Uso	***	103,28 *não remunerar em CC e UTI	77,48 *não remunerar em CC e UTI
Estribo / Dia	***	28,57	21,43
Fibronoscópio Cirúrgico ou Laringoscópio / Uso	***	-	93,09
Fototerapia / Hora (No Apartamento)	***	-	2,99
Lipoaspirador / Uso	***	220,70	-
Marcapasso Externo / Dia	***	239,87	179,52

Microscópio Cirúrgico / Uso	***	194,03	146,45
Monitor Frequência Cardíaca / Hora	***	15,07 *não remunerar em CC e UTI	-
Monitor Pressão Arterial Invasiva / Hora	***	-	11,77 *não remunerar em CC e UTI
Oxíméto Ambiente / Hora	***	10,42 *não remunerar em CC e UTI	7,84 *não remunerar em CC e UTI
Oxímetro com Capinógrafo / Hora	***	11,00 *não remunerar em CC e UTI	-
Radioscópio com Intensificador de Imagens / Uso	***	-	170,66
Respirador Artificial / Hora	***	-	53,62 *não remunerar em CC e UTI
Ressectoscópio / Uso	***	-	321,63
Serra Elétrica / Uso	***	-	33,68
Serra Elétrica para Cirurgia / Uso	***	44,87	-
Serra Elétrica para Gesso / Uso	***	23,52	-
Trépano Elétrico / Uso	***	39,42	33,68
Trépano Nitrogênio / Uso	***	-	37,17
Vídeo Endoscópio / Uso	***	469,23	275,68
Vídeo Artroscópio / Uso	***	499,71	490,11
Vídeo Urológico / Uso	***	441,39	
Vídeo Histeroscópio / Uso	***	498,06	382,89
Vídeo Laparoscópio / Uso	***	498,06	373,71

Legenda:

A: Hospitais Específicos

B: Hospitais que atingirem a pontuação acima de 81 pontos

C: Hospitais que atingirem a pontuação entre 71 à 80 pontos

8.1 Terapia Renal Substitutiva

a) Para hospitais da rede credenciada que oferecem atendimento ambulatorial em espaço físico específico, os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacote, especificados na tabela a seguir:

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE

PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise Crônica Ambulatorial *	616,07
Implante de cateter temporário para hemodiálise	709,36

b) *Incluso no pacote: OPME, Materiais, Medicamentos, Soluções, Honorários Médicos e Taxas.

c) Sessões de hemodiálise realizadas sem internação hospitalar e no ambiente ambulatorial devem seguir a cobrança de pacote integral (incluso OPME+MAT/MED+SOL+H.M.+TX) e valores conforme descrito acima.

d) Sessões de hemodiálise realizadas de forma ambulatorial para pacientes internados serão auditadas para conferência e cobrança de H.M. fora do pacote de acordo com o acompanhamento médico prestado e registrado em prontuário, sendo sempre conferido in loco durante auditoria.

e) Sessões de hemodiálise realizadas em unidade fechada (UTI) no leito do paciente, serão remuneradas no formato aberto, seguindo regras do item 6.

f) A Hemofiltração com máquina de prisma será autorizada apenas em caso de paciente internado em unidade fechada, mediante a autorização e solicitação por relatório médico.

9. DO LABORATÓRIO

Exames laboratoriais, não constantes no rol de procedimentos da ANS, poderão ser solicitados e serão analisados pela equipe de auditoria previamente, podendo ser remunerados conforme os valores acordados com a OCS, mediante tabela de valores negociados pelo HGeS para sua rede credenciada.

10. DO AMBULATÓRIO

10.1. APRESENTAÇÃO

10.1.1. Este documento discrimina as tabelas, índices, valores e conceituação necessários para os serviços complementares de saúde, objeto dos credenciamentos de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), com a Base de Apoio Regional de Ilhéus.

10.1.2. Os serviços cujos valores não estão previamente definidos terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens '10.2' e '10.3', deste Referencial. Os serviços cujos valores foram previamente definidos estão apresentados na forma de pacotes no item '10.4', deste Referencial de Custos de Serviços de Saúde.

10.1.3. A remuneração dos Honorários para realização de procedimentos de cirurgia cardiotorácica, conforme TABELA REFERENCIAL CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.

10.2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES – Do Atendimento Ambulatorial

10.2.1. Procedimentos médico-ambulatoriais realizados em Organização Civil de Saúde (OCS)

a) Entende-se por atendimento ambulatorial aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar. Inclui consultas, Serviço de Apoio Diagnóstico e Tratamento (SADT) de modo geral, atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.

b) **Retorno de consulta ambulatorial:** será considerado retorno e, portanto, sem emissão de nova guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante, desde que o beneficiário procure o referido médico para a consulta de retorno em até 30 (trinta) dias da consulta originária. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta e, portanto, será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento.

c) A regra descrita acima comporta exceções quando a necessidade do paciente exija reavaliações periódicas pelo médico assistente como, por exemplo, consultas psiquiátricas e obstétricas em término de gestação.

d) **Ginecologia:** fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese, exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, e inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal.

e) **Nutrição:** essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias. Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e controle que ocorrerem dentro do prazo de 30 dias. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

f) **Oftalmologia:** a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na primeira consulta ou a cada 6 (seis) meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

g) **Psiquiatria:** a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a consulta – uma a cada quinze dias – e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a uma sessão semanal por

beneficiário. Em regime hospitalar as sessões deverão constar no prontuário médico a data de atendimento. A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.

h) Para honorários médicos, exames radiodiagnósticos, exames laboratoriais, exames endoscópicos, exames anatomopatológicos e demais exames não descritos no item '10.1' deste Referencial, os valores para pagamento serão referenciados, conforme a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES, UCO R\$ 14,27, descrita a seguir:

TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	13,05	5 C	304,10	10 B	1.006,83
1 B	26,12	6 A	331,46	10 C	1.117,53
1 C	39,17	6 B	363,79	11 A	1.182,20
2 A	52,23	6 C	397,99	11 B	1.296,62
2 B	70,28	7 A	430,34	11 C	1.422,85
2 C	83,33	7 B	475,74	12 A	1.474,48
3 A	114,42	7 C	562,80	12 B	1.585,16
3 B	145,53	8 A	608,19	12 C	1.942,13
3 C	166,67	8 B	636,81	13 A	2.137,40
4 A	199,00	8 C	675,98	13 B	2.345,11
4 B	217,66	9 A	718,89	13 C	2.593,24
4 C	245,64	9 B	786,05	14 A	2.890,50
5 A	264,91	9 C	865,66	14 B	3.144,23
5 B	286,06	10 A	929,09	14 C	3.468,84

As regras para remuneração de honorários definidas acima se aplicam a todas as tabelas e serviços credenciados com exceção daqueles especificados neste referencial de custos.

i) Esta tabela servirá de referência para os credenciamentos realizados durante o ano de 2025.

j) Ao se utilizar a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será a seguinte: UCO = R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

k) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES e UCO = R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

l) Obrigatoriamente, será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão.

m) Os atos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte, em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados.

n) O valor da consulta médica ambulatorial é de R\$ 99,50 (noventa e nove reais e cinquenta centavos).

o) **Anestesia:** as remunerações de honorários de anestesiologia, em ambulatório, terão os portes definidos pela tabela TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES.

p) Os procedimentos realizados ambulatorialmente serão remunerados conforme regra da CBHPM, não cabendo acréscimo de 100% (cem por cento) no Porte, por acomodação.

q) Os atos praticados em caráter de urgência ou emergência fora do horário comercial terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte; em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

10.2.1.1. Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral

10.2.1.1.1. Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico)

a) Os exames radiodiagnósticos são exames radiológicos tipo Raio X simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

b) Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não prevejam o uso de contraste somente terão o contraste remunerado se justificado pelo médico radiologista.

c) Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES.

d) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão.

e) Ao se utilizar a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES, ou uma de suas atualizações, a Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

f) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES e Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

10.2.1.1.2. Exames Laboratoriais

a) Para exames laboratoriais serão considerados os valores constantes na TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES deste referencial de custos. Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – COM REAJUSTES NOS PORTES. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

10.2.1.1.3. Exames endoscópicos

a) Os exames endoscópicos tais como Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada e Histeroscopia serão remunerados conforme a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES.

b) Ao se utilizar a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

10.2.1.1.4. Demais exames médicos

Os demais exames não descritos nos itens anteriores, serão remunerados conforme TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão para fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES. O valor da Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

10.2.1.1.5. Exames anatomopatológicos

a) Os exames anatomopatológicos serão remunerados conforme TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão pra fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos). Para os honorários ficará estabelecida a banda de redução de 20% (vinte por cento) no porte.

b) Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o Credenciado deverá remeter, quando solicitado pela Seção de Auditoria do Credenciante, relatório simplificado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

10.2.2. Medicamentos, quimioterápicos, radiofármacos e materiais descartáveis.

a) **Medicamentos em geral:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF) vigente na data do atendimento para todos os serviços. Será admitido cobrança de taxa de 28% (vinte e oito por cento) sobre o preço de fábrica previsto no catálogo Brasíndice, na data do evento. Preferencialmente o uso de Medicamento Genérico.

b) Medicamentos quimioterápicos: serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF). Será admitido cobrança de taxa de 28% (vinte e oito por cento), sobre o preço de fábrica previsto no catálogo Brasíndice, na data do evento. Sempre que possível deverá ser utilizado Medicamento Genérico.

c) Medicamentos quimioterápicos orais: serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF). Para os medicamentos quimioterápicos orais, a taxa de operacionalização será de 20% (vinte por cento). Medicamentos de hormonioterapia serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com preço de fábrica (PF). Para os medicamentos considerados hormonioterapia utilizados para tratamento de patologias oncológicas, não caberá a incidência da taxa de operacionalização. Sempre que possível deverá ser utilizado medicamento genérico. Os medicamentos com estabilidade após diluição serão pagos de acordo com a dose fracionada consumida, sendo eles: Genuxal, Fauldvincri, Fauldmetro, Aracytin, Velban, Adriblastina, Herceptin, entre outros.

d) Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, utilizando os mesmos critérios e condições do catálogo Brasíndice.

e) A taxa de operacionalização aplica-se para atividades de operacionalização relacionadas a manipulação, armazenamento, distribuição, conferência e estudos de efetividade, atividades estas que envolvem equipe multidisciplinar.

f) Os materiais descartáveis serão pagos com base nos Catálogos BRASÍNDICE ou SIMPRO, nesta ordem, vigente na data da realização do procedimento, com deflator de 20% (vinte por cento). Os materiais descartáveis com valores superiores a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), salvo em casos de emergência comprovada, deverão ter autorização prévia para uso. Nesses casos, deverá ser apresentado ao médico auditor da credenciante, justificativa médica em até 24 horas úteis após uso do material para conhecimento e validação após análise da indicação, quantidade e valor do material, devendo esta justificativa estar anexada à conta hospitalar para fins de auditoria.

g) Os radiofármacos, serão pagos de acordo com o Brasíndice, na condição preço de fábrica com banda redutora de 20% (vinte por cento). Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, também com banda redutora de 20% (vinte por cento).

h) Para fins deste edital, entende-se por Materiais e Medicamentos de alto custo aqueles com valor acima de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

i) O valor do ICMS para todos os itens será de acordo com o estabelecido para o Estado da Bahia.

j) Os OPMEs serão pagos tendo como valor máximo de referência, o apresentado nos Catálogo BRASÍNDICE ou SIMPRO (nesta ordem), vigente na data da realização do procedimento, com a apresentação de 03 (três) orçamentos distintos. Será aceita a cobrança de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização sobre o valor final do material.

k) Após a apresentação dos orçamentos, a contratante poderá ainda apresentar contraproposta à contratada, no sentido de tentar reduzir o custo do material descrito neste item caso os mesmos sejam considerados, após avaliação, acima do valor de mercado local. Tais materiais necessitam de autorização prévia para uso, excetuando-se os casos de procedimentos de urgência/emergência, para os quais deverá ser apresentada justificativa médica para o uso e submetido à avaliação da equipe de auditoria da credenciante em até 24 (vinte e quatro) horas úteis após o procedimento para posterior autorização após análise da indicação do procedimento e materiais utilizados, podendo ser necessário apresentação de esclarecimentos adicionais de ordem médica ou administrativa da OCS credenciada à credenciante.

l) As Notas fiscais dos OPMEs utilizadas em procedimentos devem ser apresentadas anexadas em fatura, inclusive os previamente autorizados, devendo constar o nome do paciente e a ata da realização do procedimento.

m) Dieta enteral será paga com valor de nota fiscal após negociação e será aceita a cobrança de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização sobre o valor final.

10.2.3. Filme Radiológico

O valor para o metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será de R\$ 31,59 m².

10.2.4. Fisioterapia ambulatorial

a) As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme a tabela a seguir:

TABELA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS DA FISIOTERAPIA

PROCEDIMENTOS/SESSÃO	VALOR (R\$)
Consulta/avaliação fisioterapeuta	58,42
Sessão de fisioterapia ambulatorial - Aparelhos de eletro termoterapia, esteira elétrica, bicicleta ergométrica, equipamentos proprioceptivos, materiais acessórios, cinesioterapia, mobilização articular	40,18
Sessão de RPG (Reeducação Postural Global)	53,03
Sessão Fisioterapia manipulativa, quiropraxia e osteopatia	53,03
Sessão fisioterapia neurológica	43,53
Sessão fisioterapia reabilitação labiríntica	27,73
Sessão de Fisioterapia ATM	53,03
Sessão de Fisioterapia Uroginecológica	43,53
Sessão Hidroterapia (terapia aquática)	46,39
Pilates (mensal) 2 x semana	27,67
Sessão de fisioterapia motora e respiratória domiciliar e hospitalar	64,67
Sessão de fisioterapia motora domiciliar	38,56
Sessão de fisioterapia respiratória domiciliar	38,56

b) As sessões de fisioterapia terão a duração de 50 (cinquenta) minutos.

c) Em caso de atendimento domiciliar não será remunerado taxa de deslocamento do credenciado para atendimento do beneficiário.

d) O atendimento domiciliar será limitado a Salvador e região metropolitana, após liberação expressa do credenciante que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

e) As assinaturas de controle dos pacientes que realizarem os procedimentos descritos na tabela supramencionada deverão ser lançadas por sessão realizada, sendo terminantemente proibido solicitar aos pacientes que assinem todas as sessões na primeira consulta/avaliação ou sessão, sob pena de terem os procedimentos glosados pela Seção de Auditoria Externa da credenciante. A reincidência neste tipo de irregularidade poderá implicar descredenciamento da credenciada.

10.2.5. Fonoaudiologia/Nutrição/Psicologia

a) As sessões de fonoaudiologia e psicologia terão duração mínima de 50 minutos. Quando os serviços forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que será recolhido pelo Credenciador na forma da lei.

SERVIÇOS	VALOR
Fonoterapia Avaliação Inicial	65,92
Fonoterapia Sessão	52,86
Psicoterapia Avaliação Inicial	62,18
Psicoterapia Adulto Sessão	49,75
Psicoterapia Infantil Sessão	49,75
Musicoterapia Avaliação Inicial	72,14
Musicoterapia Sessão	62,18
Psicopedagogia Avaliação Inicial	62,18
Psicopedagogia Sessão	55,97
Nutrição Consulta/ Avaliação	62,18
Terapia Ocupacional Avaliação Inicial	55,97
Terapia Ocupacional Sessão	42,27
Neuropsicologia Sessão	93,27
Avaliação Inicial Acupuntura	65,92
Sessão Acupuntura (inclui Agulhas)	65,92

10.2.6. Radiologia odontológica

a) Os exames de radiologia odontológica serão remunerados conforme tabela a seguir:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Radiografia Periapical	33,14
Radiografia Bite-Wing (Interproxima-4 radiografias x R\$ 8,00 cada)	12,30
Radiografia Oclusal	46,15
Radiografia Panorâmica	53,84

Radiografia Seio maxilar	54,36
Telerradiografia com 1 (um) traçado manual	80,00
Telerradiografia com traçado computadorizado (c/ 1 análise)	91,56
Telerradiografia sem traçado	75,34
A T M Série Completa (4 Incidências)	161,72
RX Lateral de Mandíbula	54,36
RX da Mão - Idade óssea (Carpal ou Punho/Mão)	58,82
Fotografias (unidade)	9,23
Slides (unidade)	9,23
Radiografia Periapicais boca completa (14 radiografias)	138,46
Pasta	7,69
Traçado para implante manual	33,14
Análise Computadorizada	12,30
Telefrontal s/ traçado (P.A)	46,15
Telefrontal c/ traçado computadorizado	53,84
Tomografia 1 Dente	159,08
Tomografia 2 Dentes (mesma arcada)	198,84
Tomografia 01 Arcada	291,35
Tomografia 02 Arcadas	495,29
Documentação Ortodôntica I- panorâmica, tele perfil com 3 análises, 9 fotos, periapical arcos dentários, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	150,00
Documentação Ortodôntica II- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	145,00
Documentação Ortodôntica III- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	135,00
Documentação Ortodôntica IV- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 6 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	127,00

10.2.7. Taxas de Sala Ambulatoriais

As taxas de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme os procedimentos realizados, da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de Sala de Vídeo Endoscópio	55,53
Taxa de sala para procedimentos ortopédicos	43,33
Taxa de sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	79,69
Taxa de Sala de quimioterapia – Oncologia ambulatorial por uso	146,57
Taxa de sala de medicamentos especiais	29,71
Outros procedimentos ambulatoriais	52,23

10.2.7.1. Composição das Taxas Ambulatoriais.

2.7.1.1. Estão incluídos nas taxas de sala acima descritas:

- a) Instalações da sala;
- b) Rouparia descartável ou não;
- c) Materiais descartáveis: álcool, éter, clorexidina, luva estéril e não estéril, máscara, propé, esparadrapo, micropore, compressas cirúrgicas, gaze estéril e não estéril, algodão e campo cirúrgico;
- d) Serviço de enfermagem do procedimento;
- e) Equipamentos referente ao procedimento.

10.2.7.2. Não incluídos na composição das Taxas de Sala

- a) Materiais, exceto os previstos na composição da taxa de sala;
- b) Medicamentos;
- c) Oxigênio;
- d) Honorários médicos; e
- e) Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

10.2.8. Tabela de Taxas e Serviços

a) Os equipamentos utilizados na realização de procedimentos ambulatoriais, bem como os serviços prestados serão remunerados conforme descrição a seguir:

DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de uso de Oxímetro / dia	6,97
Taxa de uso de Desfibrilador / Cardioversor – por dia	37,71
Aplicação de Injeção (IM, EV, SC)	10,61
Curativo Especial (incluído material e medicamento)	70,18
Curativo Grande (incluído material e medicamento)	62,50
Curativo Médio (incluído material e medicamento)	46,63
Curativo Pequeno (incluído material e medicamento)	40,95
Retirada de Pontos	12,61
Taxa de preparo de quimioterapia	57,55
GASOTERAPIA	VALOR
Ar Comprimido – por hora	7,38
Oxigênio 1 Litro	3,99
Oxigênio 3 Litros	9,44
Oxigênio 5 Litros (máscara Venturi / Respirador)	15,35
Nebulização Simples com oxigênio e medicação (sessão)	17,92

10.2.8.1. Curativos

10.2.8.1.1. Os curativos serão classificados conforme descrição abaixo:

a) Serão considerados **curativos pequenos** os seguintes: cateteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, histerectomia, incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato, traqueostomia, oftalmológico, apendicectomia aberta ou por vídeo, cirurgias de tireoide, varicocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

b) Serão considerados **curativos médios** os seguintes: cirurgias infectadas (Cesáreas), incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

c) Serão considerados **curativos grandes** os seguintes: incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções

incluindo fascíte, toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de esterno e cavidades abertas, com lavagem, grandes fístulas e outros da mesma similaridade.

d) Os curativos especiais são aqueles desenvolvidos com propostas bem definidas, com custo elevado. Nesse caso, é necessário relatório médico ou de enfermeira especializada contendo informações específicas da lesão e indicações para o tipo específico do curativo, sendo o mesmo, necessariamente, autorizado previamente.

e) Os curativos já contemplam os serviços de enfermagem e materiais básicos. Não estão inclusos os materiais especiais utilizados nos curativos.

10.3. REMUNERAÇÃO PARA HONORÁRIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

a) O valor da consulta em consultório será R\$ 149,25 (cento e quarenta e nove reais e vinte e cinco centavos) para as seguintes especialidades: neurologia, pediatria, dermatologia, infectologia.

b) A remuneração dos honorários para realização de procedimentos de cardiologia se dará conforme tabela a seguir, independente da acomodação:

HONORÁRIOS	VALORES			
	Descrição	Porte	Valor	1º Auxiliar 30%
				Valor
Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	11C	2.148,17	644,45	
Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal	11B	1.957,89	587,37	
Aneurisma de aorta abdominal suprarrenal	9B	1.186,55	355,97	
Aneurisma de carótida, subclávia, ilíaca.	10A	1.403,07	420,92	
Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal abaixo da artéria renal	12A	2.226,40	667,92	

Aneurisma roto ou trombosado de aorta abdominal acima da artéria renal	8C	1.020,73	306,22
Aneurismas – outros	5A	400,11	120,03
Aneurisma rotos ou trombosados torácico	1B	40,47	Ñ REMUNERA
Angioplastia Pós-operatória de Controle	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Angioplastia de Aorta para tratamento de coração	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Arterioplastia da femoral profunda	10B	1.520,43	456,13
Cateterismo da artéria radial - para PAM	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Colocação de balão intra-aórtico	3B	220,45	Ñ REMUNERA
Colocação de prótese traqueal ou traqueobrônquica	2B	106,70	Ñ REMUNERA
Colocação de stent na aorta sem CEC	11B	1.957,89	587,37
Colocação percutânea de stent vascular	10B	1.520,43	456,13
Comissurotomia valvar	13A	3.227,56	968,27
Drenagem de pericárdio	6A	499,70	149,91
Embolectomia ou trombo Embolectomia arterial	8A	917,60	275,28
Embolectomia pulmonar	13A	3.227,56	968,27
Estudo eletrofisiológico do sistema de condução	7C	850,01	255,00
Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos.	12A	2.226,40	667,92
Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	12A	2.226,40	667,92
Implante de marca-passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular)	10B	1.520,43	456,13
Implante de marca-passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	8C	1.020,73	306,22
Implante de marca-passo temporário à beira do leito	5C	458,91	137,67
Monitorização hemodinâmica invasiva (por 12 horas)	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Pericardiocentese	5A	400,11	120,03
Visita hospitalar (paciente internado)	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	7C	850,01	255,00
Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	9B	1.186,12	355,84
Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial ou venosa por- vaso	10A	1.403,07	420,92
Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de Stent	12A	2.226,40	667,92
Embolização de miomas uterinos	8C	1.020,73	306,22
Avaliação fisiológica de gravidade de obstruções (cateter ou guia) - FFR (Reserva de fluxo coronário)	5A	400,11	120,03

Eletrocardiograma	1B	40,45	Ñ REMUNERA
HOLTER 24HS	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial – MAPA – 24hs	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Implante de Marca-passo definitivo	10B	1.520,43	456,13
Ecodopplercardiograma Transtorácico	2A	80,94	Ñ REMUNERA
Ecodopplercardiograma Transesofágico	3B	220,45	Ñ REMUNERA
Consultas cardiológicas	2B	106,70	Ñ REMUNERA
Embolização de aneurisma cerebral por oclusão Sacular - por vaso	11B	1.957,89	587,37
Embolização de aneurisma cerebral por oclusão Vascular – por vaso	10B	1.520,43	456,13

10.4. PACOTES

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

10.4.1. Procedimentos oftalmológicos

a) Os procedimentos abaixo serão remunerados na forma de pacote que incluem: honorários médicos, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, OPME, material médico, medicamentos, materiais descartáveis.

b) Os procedimentos que não estão previstos nos pacotes abaixo discriminados, serão pagos de acordo com a TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES, com UCO = R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos) deste referencial, independente da acomodação. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, observando-se os mesmos critérios da TABELA CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 – REAJUSTADA COM REDUTOR DE 20% NOS PORTES, com UCO = R\$ 14,27 (quatorze reais e vinte e sete centavos).

c) Os procedimentos Infusão de perfluorcarbono e a troca de fluído-gasosa fazem parte da vitrectomia via pars plana + retinopexia + introflexão com ou sem laser + membranectomia e, não serão, portanto, pagos à parte.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
CONJUNTIVA	PORTE	VALOR
Pterígio - Exérese + Transplante Conjuntival	1,5	1390,81
Sutura de Conjuntiva	1	876,24

Exérese de Tumor de Conjuntiva	1	808,61
CÓRNEA	PORTE	VALOR
Corpo Estranho da Córnea – Retirada	0	238,48
Recobrimento Conjuntival	1	1104,11
Cirurgia Refrativa com Laser – LASIK	-	1241,60
Sutura de Córnea (com ou sem Hérnia de Íris)	3	769,29
CRISTALINO	PORTE	VALOR
Capsulotomia Yag ou Remoção Pigmentar de LIO	0	353,87
Facectomia com lente intraocular dobrável com Facoemulsificação (lente nacional)	5	3855,66
Facectomia com lente intraocular dobrável com Facoemulsificação (lente importada)	5	1518,57
CORPO VÍTREO	PORTE	VALOR
Implante de Silicone Intravítreo	7	2263,97
Vitrectomia Anterior	4	2792,49
Vitrectomia Via Pars Plana	5	3846,43
Vitrectomia Via Pars Plana + Endolaser / Endodiatermia	5	5633,82
Vitrect Via Pars Plana + Retinopexia com Introflexão Escleral + Endolaser+Infusão de Perfluocarbono + Troca Flúido-Gasosa+membranectomia	6	6840,69
Injeção Intravítrea de LUCENTIS	-	4159,74
ÍRIS E CORPO CILIAR	PORTE	VALOR
Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosas	4	1661,65
Fototrabeloculoplastia (Laser)	0	406,17
Iridectomia (Laser)	0	388,12
Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares	4	2911,00
PÁLPEBRA	PORTE	VALOR

Dermatocalaze ou Blefarocalaze	2	1072,32
Calázio	0	346,17
Ptose Palpebral- unilateral	2	1407,78
Ressecção de Tumores Palpebrais	2	987,76
Entrópio	2	807,73
Ectrópio	2	807,73
Epilação	0	263,28
Correção de Bolsas Palpebrais	2	1072,32
Xantelasma	2	569,11
VIAS LACRIMAIS	PORTE	VALOR
Fechamento pontos lacrimais	0	78,16
Sutura ou reconstrução dos canalículos	1	826,85
Sondagem de vias lacrimais	1	143,10
Reconstituição de pontos lacrimais	0	495,08
RETINA	PORTE	VALOR
Fotocoagulação (Laser) - por sessão – monocular	0	242,58
Retinopexia Pneumática	0	999,30
Retinopexia com Introflexão Escleral	5	2463,35
MÚSCULOS	PORTE	VALOR
Enucleação ou Evisceração com ou sem Implante	3	1717,10
Estrabismo (inclusive bilateral)	2	738,50

10.4.2 Terapia Renal Substitutiva

a) Os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacotes, especificados nas tabelas a seguir (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med):

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise Crônica Ambulatorial	616,07

Hemolenta Prisma (Apenas pacientes em UTI)	6352,01
Implante de cateter temporário para hemodiálise	709,36
Treinamento Paciente DPA/CAPD – 09 (nove) dias	4560,11
Manutenção Paciente em Programa CAPD – 30 (trinta) dias	6218,81

10.4.3. Procedimentos endoscópicos

a) Os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacotes, especificados nas tabelas a seguir (Incluso Honorário Médico, Taxas e Mat/Med):

Descrição	VALOR
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM OU SEM BIOPSIA	580,82
COLONO (INCLUI RETOSSIGMOIDOSCOPIA) COM OU SEM BIOPSIA	795,74
RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXÍVEL COM OU SEM BIOPSIA	420,82
POLIPECTOMIA DO ESÔFAGO	689,80
POLIPECTOMIA DO CÓLON	807,27
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO CÓLON	703,70
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DO ESÔFAGO	634,62

10.4.4. Outros Pacotes

Outros serviços poderão ser contratados na forma de pacote, contudo seus valores não poderão ultrapassar o cálculo do procedimento cobrado item a item fixados neste referencial de custo (diárias, materiais, medicações, honorários, taxas e OPME quando for o caso)

11. NOVIDADES TECNOLÓGICAS EM TERAPÊUTICA MÉDICA

a) Novas tecnologias médicas poderão ser contratadas desde que suas eficácias estejam cientificamente confirmadas pelos conselhos reguladores profissionais (Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Fisioterapia, Conselho Federal de Psicologia, etc) e regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ficando o Credenciado obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

b) Os valores dos procedimentos serão submetidos a apreciação do Escalão Superior e uma vez aprovados serão pagos igualmente a todos que prestarem a mesma categoria de serviço, respeitando o princípio da isonomia.

12. DE PACOTES DE SERVIÇOS

12.1. APRESENTAÇÃO

12.1.1. A modalidade de pacotes, constitui-se numa forma de remuneração, na qual são estabelecidos preços fixos para determinados procedimentos. Deve ser usada para procedimentos médico-hospitalares-cirúrgicos de alta frequência, com baixa variabilidade de desfecho, processo assistencial, uso de recursos e baixa prevalência de complicações, respeitando a especificidade de cada instituição.

12.1.2. A Composição dos Pacotes deve excluir os recursos utilizados nos procedimentos pré-operatórios; reoperação; remoções; e intercorrências intra ou pós-operatórias. Nesse caso, caracterizariam a mudança na forma de cobrança da internação, parcial ou total, de Pacote para Conta Aberta.

12.1.3. Essa forma de remuneração permite uma maior previsibilidade para as fontes pagadoras e divide o risco com os hospitais.

12.1.4. As vantagens dos pacotes estão relacionadas às facilidades operacionais; redução de custos administrativos; facilidade na operação de autorizações e faturamento; além de diminuir glosas e induzir eficiência do hospital no uso dos recursos.

13. DE HOME CARE

13.1. APRESENTAÇÃO

13.1.1. Objetivando a melhora do sistema de auditoria e pagamento do Hospital Geral de Salvador e uma uniformização de procedimentos e valores acordados com as Organizações Civis de Saúde – OCS, será adotada uma tabela única para pagamento de procedimentos em OCS de mesma classificação, credenciadas ao Exército Brasileiro, no âmbito da 6ª Região Militar, para atendimentos na guarnição da Base de Apoio Regional de Ilhéus.

13.1.2. A tabela referencial de preços foi elaborada observando os valores praticados pelas OCS credenciadas na guarnição da Base de Apoio Regional de Ilhéus.

13.2. TABELA DE HOME CARE

13.2.1. DIÁRIAS, TAXAS E SERVIÇOS: serão aplicados os valores constantes da Tabela de Home Care.

13.2.1.1. Os protocolos da contratada que resultem na cobrança de taxas, deverão estar embasados na legislação vigente ou em estudos científicos referenciados e serão, para fins de

pagamento, submetidos a avaliação da auditoria técnica da contratante.

13.2.1.2. Os serviços da contratada poderão ser descredenciados se, após realização de vistoria da equipe de auditoria do Hospital Geral de Salvador, houver descumprimento deste contrato, condições inadequadas para a boa assistência ao usuário que estiver fazendo uso do serviço ou mediante comprovação do fato pela equipe de auditoria.

13.2.1.3. As diárias receberão denominação de:

- a) Internação Domiciliar Baixa Complexidade: com 06 horas de plantão de enfermagem;
- b) Internação Domiciliar Média Complexidade: com 12 horas de plantão de enfermagem;
- c) Internação Domiciliar Alta Complexidade: com 24 horas de plantão de enfermagem.

13.2.1.4. Internação Domiciliar Baixa Complexidade (06 horas):

- a) Avaliação inicial para captação;
- b) Avaliação e validação da residência;
- c) Montagem básica da unidade de internação domiciliar;
- d) Assistência do técnico de enfermagem 06 horas por dia;
- e) Visita médica a cada 15 dias;
- f) Atendimento de urgência e emergência da equipe interna (quando necessário);
- g) Emissão de relatórios/planos de cuidados: médico, enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, psicoterapeuta, entre outros;
- h) Avaliação de fisioterapia, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional – conforme necessidade do paciente (tempo da sessão de 50 minutos/dia);
- i) Remoção do paciente: hospital – domicílio de internamento – reinternamento;
- j) Gerenciamento de casos;
- k) Central de atendimento 24 horas;
- l) Visita e supervisão de enfermeiro 01 (uma) vez ao mês, ou quando necessário;
- m) Visita do nutricionista 01 (vez) ao mês: prescrição, avaliação e aceitação da dieta, além de orientações à família e à equipe de enfermagem;
- n) Treinamento do cuidador e ou familiares;
- o) Orientação à família;
- p) Atividades exercidas pela equipe de enfermagem: cuidados com higiene pessoal e banho no paciente; arrumação do leito; punções venosas periféricas e acessos subcutâneos; preparo e administração de medicamentos por todas as vias; controle de sinais vitais; controle de diurese; aspirações; passagem de sondas; realização de curativos simples e especiais; mudanças de

decúbito e massagem de conforto; locomoção interna do paciente e manipulação no leito; transporte de equipamentos (eletrocardiógrafo, ultrassom, etc); manuseio de equipamentos (bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspiradores, concentradores de oxigênio, nebulizadores, torpedos de oxigênio, monitores multiparamétricos); assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais; preparo do paciente em caso de procedimento médico; preparo do corpo em caso de óbito;

q) Equipamentos inclusos: cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades; cama hospitalar com 03 elevações + grades, berço com grade e colchão, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, glicosímetro, oxímetro de pulso, 01 (um) suporte para soro com tripé, escada de 02 (dois) degraus, 01 (uma) cadeira de higiene, assento para cadeira de higiene, andador articulado, papagaio, aparadeira, nebulizador e 01 (um) aspirador portátil. 01 (uma) maleta de emergência, caso necessário; e

r) Materiais inclusos: abaixador de língua, algodão, aparelho de barbear/tricotomia, álcool 70%, álcool iodado, borracha para aspirador, cânula de Guedel, caixa para perfurocortante, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, colar cervical, *Combi-Red* (tampa para soro), compressa cirúrgica, conexão para aspiração, conector, escova degermação, esponja de banho, éter, filtro para respirador, fixador de tubo traqueal, gorro, máscara, propés, aventais, látex extensor para oxigênio, luva procedimento não estéril, máscara laríngea.

13.2.1.5. Internação Domiciliar Média Complexidade (12 horas):

a) Avaliação inicial para captação;

b) Avaliação e validação da residência;

c) Montagem básica da unidade de internação domiciliar;

d) Assistência do técnico de enfermagem 12 horas por dia;

e) Visita médica 01 vez por semana;

f) Atendimento de urgência e emergência da equipe interna (quando necessário);

g) Emissão de relatórios/planos de cuidados: médico, enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, psicoterapeuta, entre outros;

h) Avaliação de fisioterapia, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional – conforme necessidade do paciente (tempo da sessão de 50 minutos/dia);

i) Remoção do paciente: hospital – domicílio de internamento – reinternamento;

j) Gerenciamento de casos;

k) Central de atendimento 24 horas;

l) Visita e supervisão de enfermeiro 01 (uma) vez a cada 15 dias ou quando necessário;

- m)** Visita do nutricionista 01 (vez) ao mês: prescrição, avaliação e aceitação da dieta, além de orientações à família e à equipe de enfermagem;
- n)** Treinamento do cuidador e ou familiares;
- o)** Orientação à família;
- p)** Atividades exercidas pela equipe de enfermagem: cuidados com higiene pessoal e banho no paciente; arrumação do leito; punções venosas periféricas e acessos subcutâneos; preparo e administração de medicamentos por todas as vias; controle de sinais vitais; controle de diurese; aspirações; passagem de sondas; realização de curativos simples e especiais; mudanças de decúbito e massagem de conforto; locomoção interna do paciente e manipulação no leito; transporte de equipamentos (eletrocardiógrafo, ultrassom, etc); manuseio de equipamentos (bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspiradores, concentradores de oxigênio, nebulizadores, torpedos de oxigênio, monitores multiparamétricos); assepsia e antissepsia de equipamentos e materiais; preparo do paciente em caso de procedimento médico; preparo do corpo em caso de óbito;
- q)** Equipamentos inclusos: cama hospitalar básica (sem rodas e com grade),cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades; cama hospitalar com 03 elevações + grades, berço com grade e colchão, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, glicosímetro, oxímetro de pulso, 01 (um) suporte para soro com tripé, escada de 02 (dois) degraus, 01 (uma) cadeira de higiene, assento para cadeira de higiene, andador articulado, papagaio, aparadeira,ambu com máscara e reservatório de oxigênio, bomba de infusão (exceto equipo), nebulizador e 01 (um) aspirador portátil; e
- r)** Materiais inclusos: abaixador de língua, algodão, aparelho de barbear/tricotomia, álcool 70%, álcool iodado, borracha para aspirador, cânula de Guedel, caixa para perfurocortante, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, colar cervical, *Combi-Red* (tampa para soro), compressa cirúrgica, conexão para aspiração, conector, escova degermação, esponja de banho, éter, filtro para respirador, fixador de tubo traqueal, gorro, máscara, propés, aventais, látex extensor para oxigênio, luva procedimento não estéril, máscara laríngea.

13.2.1.6. Internação Domiciliar Alta Complexidade (24 horas):

- a)** Avaliação inicial para captação;
- b)** Avaliação e validação da residência;
- c)** Montagem básica da unidade de internação domiciliar;
- d)** Assistência do técnico de enfermagem 24 horas por dia;
- e)** Visita médica 01 vez por semana;
- f)** Atendimento de urgência e emergência da equipe interna (quando necessário);

- g)** Emissão de relatórios/planos de cuidados: médico, enfermagem, fisioterapia, fonoterapia, psicoterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros;
- h)** Avaliação de fisioterapia, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta – conforme necessidade do paciente (tempo da sessão de 50 minutos/dia);
- i)** Remoção do paciente: hospital – domicílio de internamento – reinternamento;
- j)** Gerenciamento de casos;
- k)** Central de atendimento 24 horas;
- l)** Visita e supervisão de enfermeiro 01 (uma) vez por semana ou quando necessário;
- m)** Visita do nutricionista a cada 15 dias: prescrição, avaliação e aceitação da dieta, além de orientações à família e à equipe de enfermagem;
- n)** Treinamento do cuidador e ou familiares;
- o)** Orientação à família;
- p)** Atividades exercidas pela equipe de enfermagem: cuidados com higiene pessoal e banho no paciente; arrumação do leito; punções venosas periféricas e acessos subcutâneos; preparo e administração de medicamentos por todas as vias; controle de sinais vitais; controle de diurese; aspirações; passagem de sondas; realização de curativos simples e especiais; mudanças de decúbito e massagem de conforto; locomoção interna do paciente e manipulação no leito; transporte de equipamentos (eletrocardiógrafo, ultrassom, etc); manuseio de equipamentos (bomba de infusão, oxímetro de pulso, aspiradores, concentradores de oxigênio, nebulizadores, torpedos de oxigênio, monitores multiparamétricos); assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais; preparo do paciente em caso de procedimento médico; preparo do corpo em caso de óbito;
- q)** Equipamentos inclusos: monitor multiparamétrico, cama hospitalar básica (sem rodas e com grade),cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades; cama hospitalar com 03 elevações + grades, berço com grade e colchão, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, glicosímetro, oxímetro de pulso, 01 (um) suporte para soro com tripé , escada de 02 (dois) degraus, 01 (uma) cadeira de higiene, assento para cadeira de higiene, andador articulado, papagaio, aparadeira, ambu com máscara e reservatório de oxigênio, bomba de infusão (exceto equipo), nebulizador e 01 (um) aspirador portátil; e
- r)** Materiais inclusos: abaixador de língua, algodão, aparelho de barbear/tricotomia, álcool 70%, álcool iodado, borracha para aspirador, cânula de Guedel, caixa para perfurocortante, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, colar cervical, *Combi-Red* (tampa para soro), compressa cirúrgica, compressa de gaze estéril e não estéril, conexão para aspiração, conector, escova degermação, esponja de banho, éter, filtro para respirador, fixador de tubo traqueal, gorro, máscara, propés, aventais, látex extensor para oxigênio, luva procedimento não estéril, máscara laríngea.

13.2.1.7. Itens não incluídos nas diárias:

- a) Medicamentos prescritos pelo médico;
- b) Materiais descartáveis (exceto os incluídos nas diárias);
- c) Atendimentos de: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapeuta ocupacional (tempo da sessão de 50 minutos por dia);
- d) Visitas especializadas;
- e) Nutrição enteral e/ou parenteral;
- f) Equipamentos médicos (exceto os incluídos nas diárias); e
- g) Oxigênio (torpedos, concentradores).

13.2.1.8. Diária de Gerenciamento de Caso Clínico:

13.2.1.8.1. Itens incluídos:

- a) Atendimento do técnico de enfermagem (01 vez por dia);
- b) Visita médica (01 vez por semana);
- c) Visita e supervisão do enfermeiro (01 vez por semana);
- d) Atendimento médico de urgência 24 horas (quando necessário);
- e) Central de atendimento 24 horas para: orientações, dúvidas, dispensação de medicamentos e materiais; e
- f) Materiais incluídos: abaixador de língua, algodão, aparelho de barbear/tricotomia, álcool 70%, álcool iodado, borracha para aspirador, cânula de Guedel, caixa para perfurocortante, clorexidina alcoólica, clorexidina degermante, clorexidina aquosa, colar cervical, *Combi-Red* (tampa para soro), compressa cirúrgica, conexão para aspiração, conector, escova degermação, esponja de banho, éter, filtro para respirador, fixador de tubo traqueal, gorro, máscara, propés, aventais, látex extensor para oxigênio, luva procedimento não estéril, máscara laríngea.

13.2.1.8.1. Itens não incluídos:

- a) Medicamentos prescritos pelo médico;
- b) Materiais descartáveis (exceto os incluídos na diária);
- c) Equipamentos médicos;
- d) Atendimentos de: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapeuta ocupacional (tempo da sessão de 50 minutos/dia); e
- e) Oxigênio (torpedos, concentradores).

13.2.2. CURATIVOS

13.2.2.1. Os curativos serão classificados conforme descrição abaixo e poderão ser remunerados na forma de pacote, conforme descrição abaixo (exceto nas diárias: baixa, média e alta complexidade e gerenciamento de caso clínico):

13.2.2.1.1. Serão considerados **curativos pequenos**: cateteres centrais e arteriais; cesáreas; flebotomia; histerectomia; incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato; traqueostomia; oftalmológicos; apendicectomia aberta ou por vídeo; cirurgias de tireoide; varicocele; colecistectomia; retirada de pontos cirúrgicos; lesões por pressão (LPP) graus I, e II; feridas de 02 (dois) a 04 (quatro) centímetros.

13.2.2.1.2. Serão considerados **curativos médios**: cirurgias infectadas; incisões com drenos; lesões cutâneas de média extensão, com exsudato; LPP grau III; LPP infectadas; feridas de 04 (quatro) a 08 (oito) centímetros.

13.2.2.1.3. Serão considerados **curativos grandes**: incisões contaminadas ou com deiscência de sutura; grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos, fasciites, toracotomia com ou sem drenagem; grandes queimados; infecção de esterno; cavidades abertas, com lavagem; grandes fístulas e outras de mesma similaridade; LPP acima de 08 centímetros, infectadas ou não.

13.2.2.1.4. Os **curativos especiais** são aqueles desenvolvidos com propostas bem definidas, com custo elevado. Nesse caso, é necessário relatório médico ou de enfermeira especializada contendo informações específicas da lesão e indicações para o tipo específico do curativo, sendo o mesmo, necessariamente, autorizado previamente.

13.2.2.1.5. Os curativos já contemplam os serviços de enfermagem e materiais básicos. Não estão inclusos os materiais especiais utilizados nos curativos.

13.2.2.1.6. Itens inclusos nos pacotes de curativos:

- a) Visita do técnico de enfermagem; e
- b) Materiais: soro fisiológico, compressa gaze estéril; atadura; micropore; luva procedimento; luva procedimento estéril; antissépticos.

13.2.2.1.7. Itens não inclusos nos pacotes de curativos:

- a) Visita do enfermeiro; e
- b) Curativos especiais industrializados: hidrocoloide, alginato, hidrogel, carvão ativado, gaze rayon, terapia a VAC, entre outros. Os mesmos serão pagos mediante indicação correta e registro, de acordo com a tabela contratada.

TABELA DE HOME CARE	
PROCEDIMENTO	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Internamento Domiciliar de Alta Complexidade (24 horas de plantão de enfermagem)	467,01
Internamento Domiciliar de Média Complexidade (12 horas de plantão de enfermagem)	269,93
Internamento Domiciliar de Baixa Complexidade (06 horas de plantão de enfermagem)	155,86
Diária de Gerenciamento de Casos Clínicos (por visita)	81,12
HONORÁRIOS MÉDICOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Procedimentos médicos especializados que sejam necessários para o tratamento do paciente, previamente autorizados pelo convênio.	297,45
Consulta com Médico Assistente	212,79
Consulta com Médico Especialista	284,62
Avaliação Médico Nutrólogo (01 a 02 vezes por semana)	140,45
HONORÁRIOS DE OUTROS PROFISSIONAIS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Psicoterapeuta (Avaliação/Sessão 50 min)	83,71
Fonoaudiólogo (Avaliação/Sessão 50 min)	72,79
	62,39
Terapeuta Ocupacional (Avaliação/ Sessão 50 min)	72,79
	62,39
FISIOTERAPIA DOMICILIAR	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Fisioterapia Motora (Sessão 50 min)	41,85
Fisioterapia Respiratória (Sessão 50 min)	41,85
Fisioterapia Motora e Respiratória (Sessão 50 min)	77,78
Locação de Torpedo Semanal	48,86
EXAMES	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Exames laboratoriais solicitados pelo médico assistente	CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 reajustada c/ deflator de 20% (referencial ambulatorial)
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Raio-X)	CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 reajustada c/ deflator de 20% (referencial ambulatorial)
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Ultrassonografia)	CBHPM 5ª EDIÇÃO 2008/2009 reajustada c/ deflator de 20% (referencial ambulatorial)

OXIGENOTERAPIA	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Concentrador de oxigênio com back-up/dia	45,30
Concentrador de oxigênio sem back-up/dia	41,84
CPAP/dia	18,76
Kit oxigênio (cilindro, carrinho e regulador) /semanal	48,86
Recarga de cilindro 6 m ² (para vazão acima de 5 l/min com aut. prévia)	60,45
EQUIPAMENTOS MÉDICOS ESPECIAIS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Monitor Multiparamétrico/dia (incluso na diária de alta complexidade)	36,82
MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades/dia	14,30 *não cobrar em internação
Cama hospitalar com 03 elevações + grades/dia	16,45 *não cobrar em internação
Berço com grade e colchão/dia	8,94 *não cobrar em internação
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 28 (unidade)	140,52
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 23 (unidade)	126,98
Suporte de soro tripé com rodízios/dia	5,23 *não cobrar em internação
Suporte de soro tripé sem rodízios/dia	3,58 *não cobrar em internação
Escada com 02 degraus/dia	3,58 *não cobrar em internação
Cadeira higiênica/dia	4,91 *não cobrar em internação
Cadeira de rodas/dia	5,77 *não cobrar em internação
Andador articulado/dia	2,19 *não cobrar em internação
Nebulizador/dia	2,50
Aspirador portátil simples/dia	6,49
Aspirador cirúrgico/dia	22,94
Andador articulado/dia	2,19
Oxímetro de pulso/dia	11,96
OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Punção venosa profunda	416,92

Dissecção venosa	416,92
Debridamento cirúrgico	203,97
Debridamento mecânico	124,03
Paracentese	406,50
Troca de Botton de gastrostomia	416,92
Instalação de sonda vesical de demora	97,69
Instalação de sondas: gástrica ou enteral	97,69
Troca de cânula de traqueostomia	218,88
Toracocentese	469,04
Punção biópsia Tru-Cut	416,92
Administração de quimioterápico venoso	168,05
REMOÇÃO PARA EXAMES	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Remoção ida/volta para realização de exames e procedimentos em hospital ou clínica	451,47
Remoção Eletiva Hospital / Domicílio (Gerenciamento de Caso)	254,74
REMOÇÃO AMBULÂNCIA UTI MÓVEL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Hora adicional dentro do perímetro urbano - Transferência	170,95
Fora do perímetro urbano	1.111,21
KM rodado fora do perímetro urbano	8,55
Para exames Especializados	1.196,71
Intermunicipal	1.282,17
Para o aeroporto	1.196,71
Saída de ambulância sem remoção	256,45
Hora adicional de espera em remoção após 01h	169,21
REMOÇÃO AMBULÂNCIA CONVENCIONAL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Hora adicional dentro do perímetro urbano - Transferência	136,76
Fora do perímetro urbano	598,36
KM rodado fora do perímetro urbano	7,69
Para exames Especializados	683,80
Intermunicipal	820,78
Para o aeroporto	854,78
REMOÇÃO AMBULÂNCIA UTI NEONATAL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Dentro do perímetro urbano - Transferência	1.111,21
Hora adicional dentro do perímetro urbano	205,14

Fora do perímetro urbano - Transferência	2.154,06
KM rodado fora do perímetro urbano	8,55
Para exames Especializados	2.222,43
Intermunicipal	2.307,91
Para o aeroporto	2.393,37
Saída de ambulância sem remoção	341,92
Hora adicional de espera em remoção após 01h	205,14
CURATIVOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Curativo Pequeno	67,42
Curativo Médio	83,71
Curativo Grande	91,67
Curativo Especial	107,64
PACOTE SONDAÇÃO VESICAL DE ALÍVIO	
Para os pacientes que fazem sondagem vesical de alívio, será pago o valor de R\$ 60,00 (sessenta reais) por procedimento, quando inferior a 3 (três) vezes/dia. Quando for realizado procedimento de 3 (três) a 4 (quatro) vezes/dia, o valor pago será de R\$ 155,00 (cento e cinquenta e cinco reais), incluindo materiais e medicamentos.	

13.3. COBRANÇA DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E TAXAS

13.3.1. Medicamentos: Os medicamentos a serem utilizados no tratamento dos pacientes da contratante, serão faturados pela contratada com base no Catálogo BRASÍNDICE, na condição de Preço de Fábrica (PF). Para os medicamentos não constantes no referido catálogo, será aplicado o valor da nota fiscal, acrescido de 10% (dez por cento) de taxa de administração. As medicações líquidas, soluções, gotas, unguentos, colírios, pomadas, serão cobrados na sua apresentação original, para cada paciente, conforme prescrição médica. No caso de medicamentos de alto custo, com valor acima de R\$ 800,00 (oitocentos reais), será necessária autorização prévia para seu uso.

13.3.2. Materiais descartáveis: Os materiais descartáveis serão pagos com base nos Catálogos BRASÍNDICE, na condição de Preço de Fábrica (PF) com redutor de 20%. Para os materiais não constantes no referido catálogo, será aplicada a tabela SIMPRO com redutor de 20%. E para os materiais não constantes nos referidos catálogos, serão pagos de acordo com os valores de nota fiscal, acrescidos de taxa de administração de 10% (dez por cento).

13.3.3. Dietas: Para as dietas enterais ou suplementos, serão praticados os preços da tabela abaixo relacionada, para os itens não descritos e/ou encontrados na tabela serão considerados preços dos catálogos BRASÍNDICE e SIMPRO, com redução de 40% (quarenta por cento). Os equipos para dieta terão os valores fixos de: R\$ 32,33 (trinta e dois reais e trinta e três centavo) equipo

gravitacional e R\$ 351,74 (trezentos e cinquenta e um reais e setenta e quatro centavos) equipo bomba de infusão.

DIETA ENTERAL					
Item	Descrição/Especificação	Unidade de medida	Dietas / Suplementos	Fabricante / Dietas / Suplementos / Similares	Valor (R\$)
01	Suplemento oral, polimérico, hipercalórico, isento de lactose. Indicado para pacientes com necessidade proteico calórica elevada, pré e pós-operatórios, distúrbios neurológicos, cirurgias buco maxilar, hiperlipidemia e o com trânsito intestinal alterado.	200ml	Ensure Plus	Fresenius – Fresubin Energy 200ml	38,02
				Fresenius – Fresubin Protein Energy 200ml	
				Fresenius – Fresubin Energy Fiber 200ml	
				Nestlé – Nutren 1.5 de 200ml	
02	Suplemento oral hipercalórico, hiperproteico, enriquecido EPA e rico em fibras. Indicado no tratamento oncológico, durante a quimioterapia, radioterapia ou cirurgia.	200ml	Fresubin Lipid	Fresenius – Fresubin Lipid 200ml	92,49
03	Suplemento oral hiperproteico, com arginina, específico para cicatrização de lesão por pressão e outras situações que exijam estímulo de cicatrização.	200ml	PSH	Nestlé – Impact 200ml	87,94
				Abbott – Perative 237ml	
04	Suplemento oral para pacientes com diabetes e situações de hiperglicemia. Nutricionalmente completo e normocalórico. Enriquecido com fibras. Isento de sacarose e glúten.	200ml	Glucerna SR	Nestlé – Novasource GC	22,95
05	Suplemento oral, hipercalórico, com fibras, desenhado	200ml	Dialy Care	Nestlé – Novasource	112,79

	especialmente para pacientes com Insuficiência Renal Aguda ou Crônica, que necessitam de restrição de fluidos e eletrólitos.			Renal 200ml	
06	Dieta enteral hipercalórica (1,5 Kcal/ml), normoproteica, com fibras, hipossódica, isenta de lactose, sacarose e glúten.	1000ml	PSH	Nestlé – Isosource 1,5 com 1000ml S/A Fresenius – Fresubin Energy Fiber 1000ml S/F Fresenius – Fresubin HP Energy 1000ml S/F	297,06
07	Dieta enteral, normocalórica, normoproteica, com fibras e isenta de sacarose, lactose e glúten. Para portadores de diabetes ou situações de hiperglicemia.	1000ml	PSH	Nestlé – Novasource GC 1000ml S/A Abbott – Glucerna RTH 1000ml S/F	315,62
08	Dieta enteral, oligomérica, alta absorção, normocalórica, baixo teor de lipídios. Isento de lactose, glúten e sacarose. Indicado para pacientes com comprometimento de digestão e absorção; portadores de fístulas.	1000ml	PSH	Fresenius – Survimed OPD 500ml S/F	370,31
09	Dieta enteral, hiperproteica, com 1.2 Kcal, acrescida de fibras (FOS) e isenta de sacarose, lactose e glúten. Adequada para pacientes críticos, sensíveis às dietas hiperosmolares, idosos com obstipação ou diarreia.	1000ml	PSH	Nestlé – Novasource Senior 1000ml S/A Abbott – Jevity Plus RTH 1000ml S/F	332,40
10	Dieta enteral, normocalórica, normoproteica, baixa	1000ml	PSH	Fresenius – Fresubin Original 1000ml S/F	232,29

	osmolaridade, com TCM e sem fibras. Para atender às necessidades de pacientes com sensibilidade a dietas hiperosmolares. Isenta de sacarose, lactose e glúten.			Nestlé – Isosource Soya 1000ml S/A	
				Abbott – Osmolite Plus HN 1000ml S/F	
11	Dieta enteral, normocalórica, normoproteica, com fibras, TCM e baixa osmolaridade. Isenta de lactose, glúten e sacarose. Indicada para pacientes com necessidade de regularização do trânsito intestinal. Indicada também para pacientes neurológicos crônicos, TNE prolongada.	1000ml	PSH	Nestlé – Isosource Fiber 1000ml S/A Nestlé – Isosource Soya Fiber 1000ml S/A Fresenius – Fresubin Original Fiber 1000ml S/F	285,16
12	Dieta enteral, hipercalórica, acrescida de fibras (FOS), especialmente formulada para atender às necessidades de pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica em diálise. Isenta de lactose e glúten.	1000ml	PSH	Nestlé – Novasource Renal 1000ml S/F	347,49
13	Dieta enteral, normocalórica, hiperproteica, com arginina. Indicada para cicatrização de lesões por pressão. Isento de sacarose, lactose e glúten.	1000ml	PSH	Nestlé – Impact 1000ml S/A	378,32
14	Módulo de L-Glutamina (100%)	10g	Glutamin	Nutral – L-Glutamina 10g	25,51

14. Materiais não cobertos e não financiados pelo FuSEx para qualquer item deste Referencial de Custo.

- 1) Absorvente higiênico;
- 2) Forração ortopédica para prevenção de escaras (coxim);
- 3) Água oxigenada;
- 4) Aquecedor e manta térmica;
- 5) Bacia plástica;
- 6) Band-aid;
- 7) Blusas descartáveis;
- 8) Bolsa de água quente;
- 9) Odorizador de ambiente;
- 10) Cinta lombar;
- 11) Colete lombar;
- 12) Copo descartável;
- 13) Dispositivo anti-trombolítico (compressores pneumáticos);
- 14) Escova para assepsia de mãos;
- 15) Estabilizador de tornozelos;
- 16) Faixa elástica pós-operatória;
- 17) Filtro para leucócitos, hemáceas e plaquetas;
- 18) Fiso-Hex;
- 19) Fixador externo;
- 20) Formol;
- 21) Frasco para exames;
- 22) Fraldas descartáveis;
- 23) Gaze radiopaca;
- 24) Gesso sintético;
- 25) Imobilizador;
- 26) Lençol descartável;
- 27) Manta;
- 28) Materiais de higiene pessoal (creme dental, escova de dente, escova de cabelo, shampoo, creme de cabelo, hidratante corporal, desodorante, cotonete, manteiga de cacau; perfume, antisséptico bucal, fio dental, sabonete);
- 29) Meia elástica;
- 30) Meia, cinta, atadura e calça elástica;
- 31) Pijama descartável;
- 32) Plug adaptador macho;
- 33) Tipóias; e
- 34) Toalha descartável.