

ANEXO M - REFERENCIAL DE CUSTOS PARA A SEDE SALVADOR

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 Cíveis de Saúde (OCS) classificados pelo anexo de classificação dos hospitais credenciados como sendo dos tipos A, B, e C, pelo Hospital Geral de Salvador (HGeS).

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. DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS EM PSIQUIATRIA
15. DAS NECESSIDADES ESPECIAIS
16. TABELA de MATERIAIS E OPME
17. TABELA PARA CIRURGIA CARDIOTORÁCICA
18. 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 10:00hs às 10:00hs 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, tornerinhas e conetores 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 anti-séptico 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. Aspiraões;

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 procedimentos cirúrgico, diagnóstico e terapêutico (tricotomia, enteróclise, lavagem gástrica, venóclise, 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 jejum 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, 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 2012**, 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, tornerinhas e conectores de punção venosa;

2.1.5. Iluminação (focos);

2.1.6. Instrumental e equipamento de anestesia;

2.1.7. Monitor Multifunção, 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. Capinógrafo;

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, 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 10(dez) 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 deverão ser realizados, sempre que possível, pelo Pronto Atendimento do Hospital Geral de Salvador (PA/HGeS) que encaminhará o paciente para a rede credenciada quando necessário.

5.2.2 Quando não for possível o atendimento do previsto na alínea anterior, os usuários em situação de emergência ou urgência devidamente comprovada, poderão ser atendidos pela OCS credenciada, sendo que o beneficiário ou seu responsável deverá informar o fato à Seção da Auditoria Externa do Hospital Geral de Salvador no prazo máximo de 48 horas úteis, portando o relatório médico com justificativa técnica para tal atendimento. Após, deverá ser solicitado a emissão da guia de encaminhamento no FUSEx do Hospital Geral de Salvador, podendo ser necessário submeter-se 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 N° 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 pelo Fusex/encaminhamento do HGeS.

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 o FUSEx ou auditoria externa do HGeS, devidamente justificados mediante 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 20% (vinte 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\$ 2.000,00 (dois mil reais) necessitando de autorização prévia para o uso.

6.1.2 Para os medicamentos, será admitido cobrança de taxa de 20% (vinte 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), 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 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, 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 não precificados em tabela anexa a este instrumento, 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, para demandas eletivas. Será aceita a cobrança de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização sobre o valor final do material.

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. Para as OPMES descritas na tabela acordada não há necessidade de apresentar Nota Fiscal.

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 dia 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 **CBHPM / 2012**, conforme tabela abaixo:

TABELA CBHPM / 2012					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	14,10	5 C	319,81	10 B	1.059,84
1 B	28,21	6 A	348,32	10 C	1.176,35
1 C	42,31	6 B	383,04	11 A	1.244,53
2 A	56,42	6 C	418,97	11 B	1.364,78
2 B	74,37	7 A	452,44	11 C	1.497,42
2 C	88,01	7 B	500,78	12 A	1.551,95
3 A	120,27	7 C	592,51	12 B	1.668,47
3 B	153,67	8 A	639,62	12 C	2.044,66
3 C	176,02	8 B	670,61	13 A	2.249,83
4 A	209,49	8 C	711,51	13 B	2.467,99
4 B	229,32	9 A	756,14	13 C	2.729,55

4 C	259,08	9 B	826,80	14 A	3.041,92
5 A	278,90	9 C	911,08	14 B	3.309,67
5 B	301,22	10 A	978,03	14 C	3.650,55

7.2. Ao se utilizar a CBHPM 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$13,02 (treze reais e dois centavos).

7.3. Para os honorários médicos será considerada a tabela CBHPM 2012 plena e suas regras;

7.4. O Valor da Consulta será de R\$ 100,26 (cem reais e vinte e seis centavos).

7.5. As visitas médicas a pacientes internados serão remuneradas de acordo com as regras da tabela CBHPM 2012.

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 tabela CBHPM 2012.

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 2012, com cobrança de 30% de acréscimo sobre o valor normal das 19hs às 07hs 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) 2012, **com banda redutora de 10% (dez por cento) no porte.**

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 edição 2012, ou uma de suas atualizações, a Unidade de Custo Operacional (UCO), R\$ 13,02 (treze reais e dois 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 Edição 2012 e UCO de R\$13,02 (treze reais e dois centavos).

7.10.2. Exames Laboratoriais

7.10.2.1. Para **exames laboratoriais** serão considerados os valores constantes na Tabela CBHPM 2012 deste referencial de custos, com **BANDA REDUTORA DE 10% (DEZ POR CENTO)**, sobre o valor total do exame (Porte e UCO). Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações ou ainda tabela de exames complementar em anexo a este instrumento. 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 ed. 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO), R\$ 13,02 (treze reais e dois centavos). Para os exames não constantes em tabelas regulares serão utilizados os valores constantes na tabela de exames não previstos na CBHPM..

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), Edição 2012, UCO R\$ 13,02 (treze reais e dois centavos), com banda redutora de 10% (dez por cento) no porte. 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 ed. 2012.

7.10.3.2 Ao se utilizar a CBHPM 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$ 13,02 (treze reais e dois centavos).

7.10.4. Exames anatomopatológicos

7.10.4.1 Os **exames anatomopatológicos** serão remunerados conforme CBHPM 2012. 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 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO) R\$ 13,02 (treze reais e dois centavos). Para os honorários ficará estabelecida a banda de redução de 10% (dez por cento) no porte.

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: será remunerado de acordo com o Colégio Brasileiro de Radiologia e suas atualizações anuais.

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	VALOR (R\$)		
	A	B	C
Diárias			
Apartamento Standard	590,62	844,86	613,62
Enfermaria	392,52	481,15	437,10
Alojamento Conjunto	***	338,57	193,32
Diária de Berçário	***	570,26	***
Diária Hospital Dia	392,52	481,15	302,61
Diária de UTI Neo-Natal/Pediátrica	***	2.263,22	1.660,82
Diária de UTI Adulto	1.460,61	2.251,43	1.660,82

Diária de UTS Adulto	***	2.112,89	1.304,82
Diária de UCO	1.460,61	***	***
Leito virtual	349,16	446,29	405,41
TAXAS DE SALA CIRÚRGICA	A	B	C
Taxa Cirurgia Porte 0 / Uso	132,86	374,97	136,72
Taxa Cirurgia Porte 1 / Uso	218,52	668,02	236,73
Taxa Cirurgia Porte 2 / Uso	500,67	1.011,07	390,04
Taxa Cirurgia Porte 3 / Uso	620,63	1.148,95	550,69
Taxa Cirurgia Porte 4 / Uso	812,92	1.520,97	744,56
Taxa Cirurgia Porte 5 / Uso	935,31	1.918,43	961,55
Taxa Cirurgia Porte 6 / Uso	1.083,92	2.525,72	1.174,31
Taxa Cirurgia Porte 7 / Uso	1.425,71	2.687,10	1.498,27
Taxa Cirurgia Porte 8 / Uso	1.458,49	3.243,04	1.651,28
TAXAS DE SALA DO CENTRO CIRÚRGICO	A	B	C
Taxa Sala Centro Cirúrgico Recuperação Pós-Anestésico / Uso	105,05	166,78	122,06
TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	A	B	C
Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatorial	105,05	166,78	83,92
Taxa de Sala de Cirurgia na Emergência	***	251,27	***
Sala de Gesso	***	114,89	55,82
Taxa de Sala Quimioterapia – Oncologia /ambulatório / Uso	***	198,93	64,67
Taxa de Sala Procedimento Gastro, Nefro, Pneumo, Uro, e Hemoterapia	***	251,27	57,19
Taxa de Sala Hemodinâmica	690,58	1.627,29	716,80
PRONTO ATENDIMENTO / EMERGÊNCIA	A	B	C
Leito Observação até 06 horas	113,62	250,21	129,36
Leito Observação Por Hora Subsequente	18,94	41,68	21,58
Assistência de Enfermagem fora Leito Observação até 06 horas	***	185,32	***
Assistência médica em Leito Observação até 06 horas	51,87	114,21	65,89
Assistência médica em Leito Observação por hora subsequente	9,27	20,39	10,61
Oxímetro de pulso p/ hora	8,42	***	***
Respirador artificial eletrônico p/ hora	22,11	***	***
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO	A	B	C
Aplicação de Injeção (IM/EV/SM)	***	14,82	11,78

Curativo Especial / Procedimento	67,01	85,24	61,18
Curativo Grande / Procedimento	61,40	64,85	45,44
Curativo Médio / Procedimento	53,66	53,66	34,99
Curativo Pequeno / Procedimento	41,53	46,32	26,23
Retirada de Pontos / Procedimento	23,65	41,12	19,22
GASOTERAPIA E NEBULIZAÇÃO	A	B	C
Ar Comprimido L / hora	8,35	23,99	8,56
Gás Carbônico / hora		42,54	***
Nebulização Simples com gás e medicação / Sessão	20,90	25,00	23,19
Nebulização Continua p/ hora	***	18,55	***
Nitrogênio / Hora	***	64,85	***
Oxigênio 02 litros / hora	10,57	20,68	10,57
Oxigênio 03 litros / hora	15,46	31,05	15,46
Oxigênio 05 litros / hora	28,35	51,74	28,35
Oxigênio 08 litros / hora	39,67	78,99	41,25
Oxigênio 10 litros / hora	52,07	88,57	48,99
Protóxido de Azoto / hora	112,29	164,11	108,73
Respirador/dia	***	372,54	***
OUTRAS TAXAS	A	B	C
Taxa de Refeição de Acompanhante	26,23	31,47	26,23
Remoção paciente para realização de exame em outra unidade hospitalar em ambulância comum	403,50	403,50	403,50
Remoção paciente para realização de exame em outra unidade hospitalar em ambulância UTI	1.119,35	1.119,35	1.119,35
Hora parada após primeira hora ambulância convencional	45,11	45,11	45,11
Hora parada após primeira hora ambulância UTI	109,56	109,56	109,56
TAXA DE PREPARO SUPORTE EM NUTRIÇÃO E QUIMIOTERAPIA	A	B	C
Alimentação Enteral (p/ unidade)	43,68/dia	62,92/por dia	45,71
Alimentação Parenteral (p/ unidade)	43,68/dia	77,83/por dia	45,71
Quimioterapia (p/ unidade)	***	120,45	52,44
FISIOTERAPIA	A	B	C
Tratamento Fisiot. Pac. Interno Unidade Aberta / dia (Pacote)	99,11	173,54	70,51
Tratamento Fisiot. Pac. Interno Unidade Fechada / dia (Pacote)	131,18	228,17	103,04
TAXAS DE EQUIPAMENTOS	A	B	C

Aspirador elétrico p/ uso	7,01 (Não remunerado em UTI e C.C)	***	***
Aparelho para Eletrocoagulação	***	51,30	25,17
Aspirador por uso	***	34,41 (Não remunerado C.C)	13,31
Aspirador Uterino p/ Uso	***	201,04 (Não remunerado C.C)	86,83
Aspirador Ultrassônico p/ Uso	***	913,60	455,54
Balão Intra-Aórtico / Dia	78,13 (Não remunerado em UTI e C.C)	207,55	106,96
Bomba Extra Corporea / Uso	335,15	213,13	88,96
Bisturi elétrico p/uso	***	72,28 (Não remunerado C.C)	48,94 (Não remunerado C.C)
Bomba de Infusão p/ hora	4,69 (Não remunerado em UTI e C.C)	5,90 (Não remunerado em UTI e C.C)	4,69 (Não remunerado C.C e UTI)
Bomba Sucção p/ uso	22,31 (Não remunerado em UTI e C.C)	24,10	14,87
Broncoscópio Cirúrgico p/ uso	***	168,53	93,81
Cardiotacógrafo p/uso	***	144,55	55,05
Citoscópio-Cistometro Cirúrgico/uso	***	209,79	97,91
Colchao de Ar ou Água/ Uso	26,23/ internação	77,83/por internação	34,98/internação
Colchao Termico / Uso	26,23	66,71	34,98
Craniótomo p/ Uso	***	183,45	85,27
Criocautério p/ Uso	***	41,36 (Não remunerado em C.C)	20,99
Dermátomo p/ Uso	***	61,15	30,78

Desfibrilador / Cardioversor p/ Uso	47,18 (Não remunerado em UTI e C.C)	101,91 (Não remunerado em UTI e C.C)	49,81 (Não remunerado em UTI e C.C)
Estribo / Dia	***	51,13	26,21
Tração Transesquelética p/ Uso	***	37,05	16,44
Faco-Emulsificador Legacy p/ Uso	***	218,67	109,51
Fibra Ótica – Afastador Luminoso p/ Uso	***	59,26	26,67
Fotóforo p/ Uso	***	58,82	34,98
Garrote Pneumático p/ Uso	***	25,76	12,52
Lipoaspirador p/ Uso	***	189,01	94,30
Marcapasso Externo p/ Dia	9,08 (Não remunerado em UTI e C.C)	252,01	8,37
Microscópio Cirúrgico p/ Uso	***	267,48	148,61
Monitor débito cardíaco p/ hora	26,23 (Não remunerado em UTI e C.C)	***	***
Monitor Frequência Cardíaca p/ hora	***	17,86 (Não remunerado em UTI e C.C)	15,43 (Não remunerado em UTI e C.C)
Monitor Pressão Arterial Invasiva p/hora	11,23 (Não remunerado em UTI e C.C)	21,69 (Não remunerado em UTI e C.C)	14,87 (Não remunerado em UTI e C.C)
Monitor Pressão Arterial não Invasiva p/hora	***	23,12 (Não remunerado em UTI e C.C)	11,31 (Não remunerado em UTI e C.C)
Monitor Pressão Intra-Craniana p/hora	***	25,77 (Não remunerado em UTI e C.C)	12,43
Nefroscópio p/ Uso	***	314,68	167,88
Oxímetro de Pulso p/ hora	***	14,36 (Não remunerado em UTI e C.C)	8,65
Radioscópio Intensificador p/ Imagem Uso	96,15 (Não	268,72	136,36

	remunerado em UTI e C.C)		
Respirador Artificial a Pressão p/ hora	***	44,47 (Não remunerado em UTI e C.C)	26,72 (Não remunerado em UTI e C.C)
Respirador Artificial Eletrônico p/ hora	22,11 (Não remunerado em UTI e C.C)	***	***
Ressectoscópio p/ uso	***	459,58	309,01
Serra Eletrica para Cirurgia p/ Uso	25,19 (Não remunerado em UTI e C.C)	33,35	19,22
Serra Eletrica para Gesso p/ Uso	***	40,47	***
Trépano Elétrico/ Uso	***	71,38	25,00
Ureterorinoscópio Cirurgico p/ Uso	***	1.074,84	471,33
Vídeo Endoscópio p/ Uso	***	492,93	62,90
Vídeo Artroscópio p/ Uso.	***	852,45	323,43
Vídeo Urológicoo p/ Uso	***	426,20	168,03
Vídeo Histeroscópio p/ Uso	***	646,70	402,09
Video Laparoscópico Cirúrgico p/ Uso	***	813,46	559,44
Legenda:			
A: Hospitais Específicos			
B: Hospitais que atingirem a pontuação acima de 81 pontos			
C: Hospitais que atingirem a pontuação entre 71 a 80 pontos			

8.1 Terapia Renal Substitutiva

a) O procedimento abaixo relacionado será pago na forma de pacote, especificados na tabela a seguir:

HEMODIAFILTRAÇÃO COM A MÁQUINA PRISMA	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise de uso Contínuo *	7.000,00
Hemodiálise aguda (incluso honorário médico)	893,84 (autorizado com solução industrializada)

b) * Incluso em pacote: OPME, Materiais inerentes, Medicamentos, Solução dialítica no período de 24h para pacientes internados em OCS.

c) 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

Os seguintes exames, não constantes no rol de procedimentos da ANS, serão remunerados conforme os valores acordados com a OCS, da seguinte forma:

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS		
CÓDIGO	BIOLOGIA MOLECULAR	VALOR (R\$)
BRCA	BRCA1 BRCA2	2.287,78
CALP	Calprotectina, dosagem fetal (com diretriz de utilização 134)	124,79
CYFRA	CYFRA 21	132,07
EIFG	Ensaio Interferon Gama	207,98
EPST	Epstein BARR, PCR	436,76
FCPOL	Fibrose cística 32+P	748,73
FMD	FISH microdeleção	748,73
FLT3	FLT3 pesquisa de mutações (com diretriz de utilização 139)	259,98
GMT	Gene da mutação da Protrombina	220,46
HLAB51	HLA B51 pesquisa do alelo	467,96
EMA	Molecular Amiloidose	1.975,81
MMR	Mutação Metilenotetrahidrofolato Redutase (MTFRH)	240,00
JAK2	Mutação JAK2 V617F	249,58
NOROVIR	Norovírus PCR	582,34
PCRAT	PCR alfa talassemia	769,53
PCC	PCR para citomegalovírus IgG	249,58
PCRHV	PCR para Herpes vírus	228,78
POLI	Polimorfismo D PAT 1	166,38
PQC	Quebras cromossômicas	748,73
RTSP	Razão do teste SFLT/PLGF (com diretriz de utilização 139)	363,97
NEUC19	Teste de anticorpos neutralizantes IgG após vacinação COVID-19	93,59
40501248	HER2 FISH para amplificação gênica em tumor de mama (com diretriz definida pela ANS - nº 30 e nº 110)	748,73
40501256	HER2 CISH para amplificação gênica em tumor de mama (com diretriz definida pela ANS - Nº 30 E Nº 110)	748,73
40501264	Translocação PML/RARA t (15;17) FISH em medula óssea	436,76
40501272	Translocação PML/RARA T (15;17) FISH em sangue periférico	436,76
40502244	Defeitos congênitos da glicolização - Focalização isoeletrica da transferrina (Com diretriz definida pela ANS - Nº 120)	467,96
40503313	Cromossomo y, microdeleções por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	347,36

40503348	Distrofia miotônica, análise por DNA (com diretriz definida pela ANS - Nº 110)	1.715,84
40503364	Neurofibromatose tipo 1, estudo molecular (com diretriz definida pela ANS - Nº 110)	1.247,88
40503399	Hemofilia A, análise do DNA (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	1.715,84
40503402	Hemofilia B, análise do DNA (com diretriz definida pela ANS - Nº 110)	1.715,84
40503445	Neoplasia endócrina múltipla, tipo 1, sangue total (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	1.549,45
40503453	Hemocromatose, análise por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	291,17
40503461	Prader-Willi/Angelman, síndrome, diagnóstico (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	561,55
40503470	PROP1, estudo molecular do gene, sangue total (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	467,96
40503488	PTPN11, estudo molecular do gene, sangue total (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	467,96
40503496	Rearranjo 8q24 FISH (medula óssea) (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	582,34
40503500	Rearranjo 8q24 FISH (sangue) (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	582,34
40503518	Rearranjo bcl6 3q27 (nhl) FISH (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	582,34
40503526	Rearranjo gênico células B por PCR (com diretriz definida pela ANS nº 110)	467,96
40503534	Rearranjo gênico células T por PCR (com diretriz definida pela ANS - Nº 110)	582,34
40503542	Rearranjo gênico quantitativo BCR/ABL por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	499,15
40503577	SHOX, estudo molecular do gene, sangue total (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	499,15
40503585	Translocação 4;14 FISH (IGH/FGFR3) (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	582,34
40503623	Rearranjo gênico células B por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	2.214,99
40503631	Deteção de mutações no gene MSH6 (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	457,56
40503640	FLT3 pesquisa de mutações por PCR (cada) (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	499,15
40503658	Atrofia muscular e bulbar (kennedy), por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	748,73
40503690	Distrofia muscular (Duchenne), por PCR (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	1.663,84
40503755	Deteção/Tipagem Herpes vírus 1/2 líquido	176,78

40503763	EGFR, pesquisa de mutação (com diretriz definida pela ANS - nº 21)	582,34
40503771	K-Ras, Pesquisa de mutação (com diretriz definida pela ANS - Nº 50)	582,34
40503780	BRAF, pesquisa de mutação (com diretriz definida pela ANS - nº 9)	582,34
40503798	NRAS PCR ou sequenciamento de Sanger para mutações nos éxons 2,3 e 4 do gene, no tumor (com diretriz definida pela ANS - nº 57)	582,34
40503828	Rearranjo PML/RARA T (15;17) RQ-PCR (quantitativo em tempo real)	436,76
40503836	Mutação familiar específica - PCR dos loci identificados (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	259,98
40503844	Mutação familiar específica - sequenciamento de sanger do locus identificado (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	363,97
40502082	Dosagem quantitativa de metabólitos na urina e/ou sangue para o diagnóstico de erros inatos do metabolismo (cada)	311,97
40502198	Dosagem quantitativa de metabólitos por cromatografia / espectrometria de massa (CG/MS ou HPLC/MS) para o diagnóstico de EIM (com diretriz definida pela ANS – nº 2)	883,92
40502201	Dosagem quantitativa de metabólitos por espectrometria de massa ou espectrometria de massa em tandem (MS ou MS/MS) para o diagnóstico de EIM (com diretriz definida pela ANS – nº 2)	883,92
40503852	ALK - pesquisa de mutação	1.143,89
40503151	Análise de DNA por MLPA, por sonda de DNA utilizada, por amostra (com diretriz definida pela ANS - nº 110)	727,93
40503801	Acondroplasia/Hipocondroplasia	499,15
40503100	Amiloidose familiar (TTR)	1.351,87
40503100	Ataxia de Friedrich	769,53
40503100	Ataxias espinocerebelares (SCA)	769,53
40503801	Atrofia muscular espinhal – AME	1.871,82
40503801	Complexo da esclerose tuberosa	987,91
40503100	Deficiência de Alfa 1 Antitripsina	571,95
40503100	Doença de Huntington	415,96
40503801	Doenças relacionadas ao colágeno do tipo 2 (Col2a1), Incluindo Displasia Espôndilo-Epifisária Congênita, Displasia de Kniest, Displasia Espôndilo-Epi-Metafisária do tipo Strudwick, Displasia platispondílica do tipo Torrance, Síndrome de Stickler tipo I	987,91
40503801	Doenças relacionadas ao colágeno do tipo 3 (Col3a1), Ehlers-Danlos tipo IV e aneurisma aórtico abdominal familiar (AAA)	1.247,88
	Doenças relacionadas ao gene FMRL (síndrome do x frágil, síndrome de ataxia/tremor associados ao X frágil - FXTAS e falência ovariana prematura - FOP)	1.098,13
40503100	Fibrose cística e doenças relacionadas ao gene CFTR	426,36

40503810	Exoma clínico	5.303,49
40503801	Mucopolissacaridose por sequenciamento	1.559,85
40503801	Neoplasia endócrina múltipla tipo I-Men1 por sequenciamento	1.767,83
40503801	Neoplasia endócrina múltipla tipo 2a– Men2a sequenciamento	1.767,83
40503801	Síndrome Charge	571,95
4503801	Síndrome de Li-Fraumeni - TP53	675,94
40503801	Síndrome de Lynch – câncer colorretal não poliposo hereditário (HNPCC)	1.559,85
40503801	Síndrome de Marfan - sequenciamento	2.339,78
40503801	Sequenciamento síndrome de Noonan - PTPN1	2.339,78
40503801	Síndrome de Rett	1.247,88
40503100	Síndrome do câncer gástrico difuso hereditário mutação específica	675,94
40503801	Síndromes de deleções submicroscópicas reconhecíveis clinicamente	2.339,78
40503801	Retinoblastoma	1.559,85
40503801	Síndrome de Von-Hippel-Lindau	1.767,83
40316661	Aquaporina 4 (AQP4)	311,97
CÓDIGO	Bioquímica (Patologia Clínica)	VALORES
PCRC	PCR chlamydia trachomatis	135,19
CANCAL	Anticorpos contra canal de cálcio	769,53
ACETIL	Acetilcolina	135,19
HOMOV	Acido Homovanílico	38,48
AGC	Alfa-Galactosidade	395,16
POMPE	Alfa-Glicosidase (dosagem)	330,69
AGAD	Anticorpos Anti – GAD	135,19
AASG	Antígeno Aspergillus	197,58
ARILB	Arilsulfatase B	330,69
ARS	Arsenico – urina	135,19
ARSE	Arsenico sangue	72,79
BGAL	Beta Galactosidade	297,41
B2GAM	<i>Beta-2-Glicoproteína I, Anticorpos IgG e IgM</i>	190,00
GAUCH	Beta-Glicosidase (dosagem)	550,00
CADS	Cadmio – Heparina	38,48
CAD	Cadmio - urina 24 Hs	21,84
CADUR	Cadmio urina recente	21,84
CALF	Calprotectina fecal	155,99
CIST	Cistatina C	83,19
CIS	Cistina – dosagem	153,91

CITRULIN	Citrulina	187,18
CLOZA	Clozapina	194,46
COBA	Cobalto	116,99
COBAL	Cobalto urinário	132,59
COLIN	Colinesterase (soro)	38,48
ACRS	Cromatografia de aminoácidos no sangue - quantitativo	304,17
CA2	Cromatografia de aminoácidos na urina - quantitativo	233,98
CTX	C Telopectidio – CTX	77,99
DIAZ	Diazepan	49,92
ECS	Ecstasy	49,92
ELPF	Elastase pancreática fecal	176,78
EVER	Everolimus	135,19
FIBRO	Fibronectina	98,79
PDGFR	FISH para PDGFR Beta	935,91
FITGA	FISH para trans gene	1.403,87
GAL1	Galactose-1-Fosfato Uridiltransferase (com diretriz de utilização)	233,98
HERGL	Herpes IgG líquido	33,28
HERLI	Herpes IgM líquido	33,28
HAB	Hexosaminidase A e B	540,75
HIDROP	Hidroxiprolina-urina	21,84
HIV1E1L	HIV 1 e 2 líquido	228,78
INDU	Idican pesquisa Indu	21,84
C1SEIF	Inibidor C1 Esterase funcional	55,11
EIC1	Inibidor de C1 quantitativo	55,11
INIA	Inibina A	166,38
INIB	Inibina B	272,45
IODO	Iodo urinário	155,99
LDLO	LDL oxidada	93,59
LITIOE	Lítio endógeno	54,07
MANGA	Manganês (urina)	38,48
MANGS	Manganês soro	38,48
MANG24	Manganês urina 24 Hs	38,48
MERCS	Mercúrio sérico	43,68
MERCU	Mercúrio urina 24 Hs	21,84
MINERC	Mineralograma cabelo	272,45
MINERS	Mineralograma sangue	272,45
MIOU	Mioglobina urinária	31,20
MIO24	Mioglobulina urina de 24hs	155,99

NIQ	Níquel	38,48
OCITO	Ocitocina	499,15
OSMOL	Osmolaridade sérica	31,20
PCRCHIKU	PCR para Chikungunya	332,77
PERFT	Perfil Tandem qualitativo	155,99
ZIMR	Teste rápido Zika	207,98
TOPI	Topiramato	233,98
TOXI	Toxicológico concurso	280,77
ZIKAG	Zika Virus Anticorpo IgG	197,58
ZIKAM	Zika Virus Anticorpo IgM	197,58
ZPP	Zinco Protoporfirina	60,31
CÓDIGO	Hematologia (Patologia Clínica)	VALORES
FVWA	Fator Von Willebrand	148,71
CÓDIGO	Hormônios (Patologia Clínica)	VALORES
MNEM	PTH Relaciona	280,77
HGHI1	Curva HGH pós glicose	22,88
HGH1T	HGH c/ Clonidina 180	22,88
HGH20	HGH C/ Clonidina 20m	22,88
HGH2T	HGH C/ Clonidina 30m	22,88
HGH45	HGH C/ Clonidina 45m	22,88
HGH3T	HGH C/ Clonidina 60m	22,88
HGH4T	HGH C/ Clonidina 90m	22,88
HGH5T	HGH C/ Clonidina 120m	22,88
HGHE	HGH pós exercício	22,88
IANDRO	Índice de Androgênio	77,99
METS	Metanefrina sangue	540,75
PROLAGAN	Prolactina gancho	67,59
SEROT	Serotonina	33,28
SOMAT	Somatostatina	124,79
THGH	Teste HGH após Clonina	22,88
TRD	Tireoglobulina aspirado	66,55
TSH10	TSH c/ Est TRH -10 M	22,88
TSH120	TSH c/ Est TRH -120M	22,88
TSH15	TSH c/ Est TRH -15 M	22,88
TSH20	TSH c/ Est TRH -20 M	22,88
TSH30	TSH c/ Est TRH -30 M	22,88
TSH40	TSH c/ Est TRH -40 M	22,88
TSH45	TSH c/ Est TRH -45 M	22,88

TSH60	TSH c/ Est TRH -60 M	22,88
TSH90	TSH c/ Est TRH -90 M	22,88
VITB5	Vitamina B5	270,37
CÓDIGO	Imunologia (Patologia Clínica)	VALORES
INT10	Interleucina 10	72,79
AFIG	Anticorpo Anti – fígado	41,60
IA2	Anti Ia2	40,56
ANUCL	Anti Nucleossomo	43,68
PNEUG	Anti Pneumococos IgG	197,58
ANTIRNA	Anticorpo Anti-RNA	33,28
SRP	Anticorpo Anti-SRP	582,34
AAD	Anticorpo Anti-adrenal	72,79
AMH	Anticorpo Anti-Mulleriano	353,57
CCP	Anticorpos Anti CCP	114,39
HE4	Antígeno HE-4	218,38
BTA	Antígeno tumoral	311,97
ARILS	Arilsulfatase A	322,37
BRUCG	Brucelose IgG	57,19
BRUCM	Brucelose IgM	57,19
FLC	Cadeia Kappa/Lambda	436,76
CAAGM	Candida Albicans	239,18
CD19	Cd19 Linfócitos	197,58
CHIKU	Chikungunya Igg/IgM (Teste Rápido)	259,98
CHIKUNG	Chikungunya soro IgG (Sorologia)	135,19
CHIKUN	Chikungunya soro IgM (Sorologia)	135,19
CISTF	Cisticercose - (IF)	33,28
CISTS	Cisticercose (Elisa)	33,28
CCQ1	Complemento C1q	57,19
CORT	Cortisol salivar	43,68
	COVID 19 IgG/IgM – Teste rápido	228,78
	COVID 19 Sorologia IgG	117,39
	COVID 19 Sorologia IgM	114,39
	COVID 19 RT-PCR	176,78
CROMO	Cromogranina A	353,57
ETAMO	Entamoeba Histolytica - IgG	93,59
ENTAM	Entamoeba Histolytica - IgM	124,79
ESQS	Esquistossomose soro	16,64
FIAA	Fator Intrínseco	116,47

SIFG	FTA - ABS – IgG (IFI)	28,08
SIFM	FTA - ABS – IgM (IFI)	28,08
HIVC	HIV - Teste confirmatório	62,39
IMUNU	Imunoelektroforese urinária	124,79
IMU	Imuno-Histoquímica	436,76
INTER6	Interleucina 6	93,59
NK	Linfócitos NK	223,58
MORFE	Morfologia Estrutural de Krüge – Espermograma	66,55
MYCTM	Mycobacterium Tuberculosis IgM	76,95
MYCIGG	Mycobacterium Tuberculosis IgG	93,59
PRP	Proteína C Resistência	197,58
RASTC	RAST para cosméticos	38,48
RASTE	RAST para esmalte	38,48
RASTI	RAST para inalantes	38,48
RETIC	Reticulina Anticorpo	41,60
RETICGA	Reticulina IgA	100,87
RETICGG	Reticulina IgG	41,60
RELFA	Rubéola IgM (ELFA)	46,80
ASCA	Saccharomyce IgG/IgA	395,16
SFJ	Sorologia Filariose	62,39
TETG	Tetano IgG Anticorpo	114,39
TOXGQ	Toxoplasma IgG (Químio)	30,16
TOXMQ	Toxoplasma IgM (Químio)	30,16
ATG	Transglutaminase IgA	54,07
TRG	Transglutaminase IgG	74,87
INFA	Virus Influenza TP A	176,78
INFB	Virus Influenza TP B	207,98
CÓDIGO	Microbiologia (Patologia Clínica)	VALORES
CBK	BK/Micobactérias	43,68
MBAA	PCR para Micobactéria	436,76
CÓDIGO	Urina (Patologia Clínica)	VALORES
CALCU	Cálculo urinário	38,48

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 Cíveis de

Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), com o Hospital Geral de Salvador (HGeS).

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 (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 comportam 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 está limitada 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 implicarão 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 – CBHPM, edição 2012 plena, UCO R\$ 13,73, descrita a seguir:

TABELA CBHPM / 2012					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	14,10	5 C	319,81	10 B	1.059,84
1 B	28,21	6 A	348,32	10 C	1.176,35
1 C	42,31	6 B	383,04	11 A	1.244,53
2 A	56,42	6 C	418,97	11 B	1.364,78
2 B	74,37	7 A	452,44	11 C	1.497,42
2 C	88,01	7 B	500,78	12 A	1.551,95
3 A	120,27	7 C	592,51	12 B	1.668,47
3 B	153,67	8 A	639,62	12 C	2.044,66
3 C	176,02	8 B	670,61	13 A	2.249,83
4 A	209,49	8 C	711,51	13 B	2.467,99
4 B	229,32	9 A	756,14	13 C	2.729,55
4 C	259,08	9 B	826,80	14 A	3.041,92
5 A	278,90	9 C	911,08	14 B	3.309,67
5 B	301,22	10 A	978,03	14 C	3.650,55
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 CBHPM Edição 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será a seguinte: **1 UCO = R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

k) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM Edição 2012 e **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três 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\$ 100,26** (cem reais e vinte e seis centavos).

o) **Anestesia:** as remunerações de honorários de anestesiologia terão os portes definidos pela tabela CBHPM Edição de 2019 com deflator de 25% (vinte e cinco por cento). Para fins de remuneração, dos portes anestésicos será considerada a tabela descrita a seguir:

TABELA DE PREÇOS CONFORME PORTE		
PORTE	ENFERMARIA	APARTAMENTO
PORTE 1	248,76	497,51
PORTE 2	400,12	800,24
PORTE 3	626,90	1.253,80
PORTE 4	998,47	1.996,95
PORTE 5	1.344,37	2.688,73
PORTE 6	1.764,59	3.529,17
PORTE 7	2.172,24	4.344,48
PORTE 8	2.591,36	5.182,72

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.

r) Para os procedimentos com Porte anestésicos 7 (sete) ou 8 (oito) ou naqueles nos quais seja utilizada a Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 (seis) horas, o

anestesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiologista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% (trinta por cento) dos portes previstos para o(s) ato(s) realizado(s) pelo anestesista principal.

s) Demais situações, seguir regras da tabela em referência.

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 (CBHPM), edição 2012, conforme descrito na alínea h) do item 2.1, **com banda redutora de 30% (trinta por cento) no porte.**

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 CBHPM edição 2012, ou uma de suas atualizações, a Unidade de Custo Operacional (UCO) **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

f) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM Edição 2012 e UCO = **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

g) No caso de exames radiológicos realizados por profissional do HGeS, poderá ser emitido laudo do exame por OCS credenciada especializada, conforme tabela a seguir:

EXAME	VALOR (R\$)
RAIO X	12,27
MAMOGRAFIA	22,07
DENSITOMETRIA	18,41
TOMOGRAFIA ELETIVA	67,48
TOMOGRAFIA DE URGÊNCIA	85,88

g) Os laudos para exames eletivos podem ser entregues em até 07 dias (sete) dias corridos. Para os exames realizados em caráter de urgência/emergência, o prazo para entrega do laudo será de até duas horas após a realização do exame. Para os exames realizados no período noturno, poderá ser considerado parecer médico verbal do radiologista para a equipe médica que solicitou o exame.

10.2.1.1.2. Exames Laboratoriais

a) Para **exames laboratoriais** previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Geral de Salvador, os valores serão os constantes **no item 9** e os que não constarem, utilizar a Tabela CBHPM Ed. 2012, com BANDA REDUTORA DE 40% (QUARENTA POR CENTO) no valor total do exame (Porte e UCO).

b) Para exames que não forem previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Geral de Salvador serão remunerados em conformidade com o **item 9** e os que não constarem, utilizar a a Tabela CBHPM Ed. 2012 e BANDA REDUTORA DE 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor total do exame. Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações ou ainda tabela de exames complementar em anexo a este instrumento. 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 ed. 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será de **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos). Para os exames não constantes em tabelas regulares serão utilizados os valores constantes no item 9 – Tabela de Exames Laboratoriais não previstos na CBHPM.

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 Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), Edição 2012, com banda redutora de 10% (dez por cento) no porte. 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 ed. 2012.

b) Ao se utilizar a CBHPM Edição 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será de **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

10.2.1.1.4. Demais exames médicos

Os **demais exames** não descritos nos itens anteriores, serão remunerados conforme CBHPM Edição 2012 com deflator de 25% (vinte e cinco por cento) no Porte. 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 ed. 2012. O valor da UCO será de **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

10.2.1.1.5. Exames anatomopatológicos

a) Os **exames anatomopatológicos** serão remunerados conforme CBHPM Edição 2012. 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 CBHPM ed. 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será de **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três 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 20% (vinte 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 20% (vinte 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 10% (dez 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, Fauldvinciri, Fauldmetro, Aracytin, Velban, Adriblastina e Herceptin.

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 25% (vinte e cinco 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 deflator de 35% (trinta e cinco por cento), 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.

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

10.2.3. Filme Radiológico

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a CBHPM Edição 2012. Inexistindo o exame descrito nessa edição, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão. Valor do filme R\$ 30,17.

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 eletrotermoterapia, esteira elétrica, bicicleta ergométrica, equipamentos proprioceptivos, materiais acessórios, cinesioterapia, mobilização articular	30,53
Sessão de RPG (Reeducação Postural Global)	55,34
Sessão Fisioterapia manipulativa, quiropraxia e osteopatia	55,34
Sessão fisioterapia neurológica	45,43
Sessão fisioterapia reabilitação labiríntica	28,95
Sessão de Fisioterapia ATM	48,13
Sessão de Fisioterapia Uroginecológica	55,34
Sessão Hidroterapia (terapia aquática)	48,42
Pilates (mensal) 2 x semana	231,08
Sessão de fisioterapia motora e respiratória domiciliar e hospitalar	67,51
Sessão de fisioterapia motora domiciliar e hospitalar	40,24
Sessão de fisioterapia respiratória domiciliar e hospitalar	40,24

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 (R\$)
Fonoterapia Avaliação Inicial	62,85
Fonoterapia Sessão	52,77
Psicoterapia Avaliação Inicial	67,59
Psicoterapia Adulto Sessão	67,59
Psicoterapia Infantil Sessão	67,59
Musicoterapia Avaliação Inicial	69,56
Musicoterapia Sessão	62,09
Psicopedagogia Avaliação Inicial	62,09
Psicopedagogia Sessão	55,87
Nutrição Consulta/ Avaliação	62,09
Terapia Ocupacional Avaliação Inicial	59,60
Terapia Ocupacional Sessão	55,87
Avaliação Neuropsicologia Com Parecer	155,99
Neuropsicologia Sessão	93,12
Avaliação Inicial Acupuntura	74,50
Sessão Acupuntura (inclui Agulhas)	63,43

10.2.6. Radiologia odontológica

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

PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
Radiografia Periapical	11,16
Radiografia Bite-Wing (Interproxima-4 radiografias x R\$ 8,00 cada)	44,68
Radiografia Oclusal	27,94
Radiografia Panorâmica	41,89
Radiografia Seio maxilar	69,82
Radiografia Axial	76,81
Radiografia Panorâmica com traçado manual para implante e CD	76,81
Teleradiografia com 1 (um) traçado manual	55,86
Teleradiografia com traçado computadorizado (c/ 1 análise)	48,86
Teleradiografia sem traçado	41,89
A T M Série Completa (4 Incidências)	69,82
RX Lateral de Mandíbula	69,82
RX da Mão - Idade óssea (Carpal ou Punho/Mão)	55,86
Fotografias (unidade)	8,37
Slides (unidade)	8,37
Modelo de Estudo Zocolado	41,89
Modelo de Estudo Recortado	63,18
Modelo de Trabalho	34,91
Modelo de Estudo BBO (Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial)	69,82
Radiografia Periapicais boca completa (14 radiografias)	125,67
Pasta	6,98
CD	6,98
Traçado para implante manual	30,08
Análise Computadorizada	11,16
Telefrontal s/ traçado (P.A)	41,89
Telefrontal c/ traçado computadorizado	48,86
Tomografia 1 Dente	144,39
Tomografia 2 Dentes (mesma arcada)	180,47
Tomografia 01 Arcada	276,73
Tomografia 02 Arcadas	470,43
Documentação Ortodôntica I- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, periapical arcos dentários, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	293,25
Documentação Ortodôntica II- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	167,57
Documentação Ortodôntica III- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola	153,60

plástica.	
Documentação Ortodôntica IV- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 6 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	139,65

10.2.7. Taxas de Sala Ambulatoriais

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

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Taxa de sala procedimentos gastroenterologia	50,40
Taxa de sala para procedimentos ortopédicos	39,33
Taxa de sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	72,33
Taxa de Sala de quimioterapia – Oncologia ambulatorial por uso	133,04
Taxa de sala de observação (até 12 h)	81,11
Taxa de sala de curativo	47,41
Taxa de sala – Mielograma	67,61
Taxa de sala – Biópsia de Medula Óssea	67,61
Outros procedimentos ambulatoriais	47,41

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 ésteril e não ésteril, 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).

10.2.7.3. A taxa de sala de observação poderá ser cobrada, quando o beneficiário necessitar permanecer em observação nos casos de intercorrência clínica na realização de procedimentos eletivos.

10.2.7.3.1. Estão incluídos na taxa de sala de observação:

- 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.

10.2.7.4. 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 (R\$)
Diária de Hospital dia	185,10
Taxa de uso de Oxímetro / dia	6,95 (somente PS e ambulatório)
Taxa de uso de Desfibrilador / Cardioversor – por dia	34,21 (somente PS e ambulatório)
Aplicação de Injeção (IM, EV, SC)	9,63 (somente PS e ambulatório)
Curativo Grande (incluído material e medicamento)	56,71

	(somente PS e ambulatório)
Curativo especial (incluído material e medicamento)	63,70 (somente PS e ambulatório)
Curativo Médio (incluído material e medicamento)	42,32 (somente PS e ambulatório)
Curativo Pequeno (incluído material e medicamento)	37,17 (somente PS e ambulatório)
Retirada de Pontos	11,43 (somente PS e ambulatório)
Taxa de preparo de quimioterapia	52,23 (somente PS e ambulatório)

GASOTERAPIA	
DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Ar Comprimido – por hora	6,70
Oxigênio 1 Litro	3,61
Oxigênio 3 Litros	10,83
Oxigênio 5 Litros (máscara Venturi / Respirador)	18,45
Nebulização Simples com oxigênio e medicação (sessão)	19,64

b) **Hospital-Dia:** será considerado, neste caso, quando, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, de caráter ambulatorial, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 12 horas. Não cabe a cobrança quando o procedimento durar menos de 06 (seis) horas.

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 tireóide, 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 fasceítes, 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

10.3.1. Honorários para procedimentos de Cirurgia Cardiorádica

A remuneração dos Honorários para realização de procedimentos de cirurgia Cardiorádica se dará conforme **Tabela de Cirurgia Cardiorádica**.

10.3.2. Honorários para visitas médicas de especialidades para pacientes internados ou em avaliação em unidades de emergência

Especialidade	Valor (R\$) da Primeira Avaliação	Valor (R\$) visitas subsequentes
Nefrologia	280,77	202,78
Neurologia	280,77	202,78
Cirurgia Plástica	280,77	202,78
Oncologia Clínica	280,77	202,78
Cirurgia oncológica	280,77	202,78
Hematologia	280,77	202,78

10.4. PACOTES

Pelo termo PACOTE entende-se a pré fixação 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. Radioterapia– Acelerador Linear

a) Os valores dos pacotes já incluem os seguintes itens: Megavoltagem, Planejamento Técnico, Check-film, Bloco, Sistema de Mobilização, Colimação, Simulação de Tratamento, confecção de

Sistema de Mobilização, Sessões, Taxa de sala, Medicamentos, Materiais inerentes aos procedimentos.

b) Para os tratamentos com Braquiterapia, além dos itens acima estão inclusos Braquiterapia de Alta dose, Simulação de Braquiterapia e Planejamento Braquiterápico.

c) Estão excluídos dos pacotes: exames de imagem, exames laboratoriais, honorários do Anestesiologista, Braquiterapia com baixa taxa (sementes), honorários médicos para implante de arco estereotaxico de radiocirurgia e implante de agulhas/sementes.

d) Descrição dos pacotes:

CÓDIGO	RADIOTERAPIA IMRT	VALOR (R\$)
96.01.198-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Próstata	23.429,95
96.01.199-8	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Cabeça/Pescoço/FSC	20.826,62
96.01.200-5	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Mama com drenagem	16.921,63
96.01.205-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Canal Anal	15.619,96
96.01.206-4	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pâncreas	13.016,64
96.01.207-2	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pelve Feminina	15.619,96
96.01.208-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Reto	15.619,96
96.01.236-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Retroperitônio	15.619,96
CÓDIGO	RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL 3D	VALOR (R\$)
4.12.03.06-2	Radioterapia Conformada Tridimensional	10.814,96
CÓDIGO	RADIOCIRURGIA	VALOR (R\$)
4.12.03.02-0	Radiocirurgia Nível 1	7.903,24
4.12.03.03-8	Radiocirurgia Nível 2	9.359,10
4.12.03.04-6	Radiocirurgia Nível 3	10.814,96
4.12.03.13-5	Radioterapia Estereotática 1º dia de Tratamento	6.239,40
4.12.03.14-3	Radioterapia Estereotática por dia subsequente	311,97

Com extensão para Tomografia de Planejamento seguindo a edição 2012.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EXAME
4.10.01.10-9	Abdome superior
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e peritônio)
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrcica ou órbitas
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)
4.10.01.20-6	Reconstrução tridimensional – acrescentar ao exame de base
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares(braço, antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)

4.10.01.07-9	Tórax
--------------	-------

10.4.2 Radioterapia de Alto Custo – IMRT

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
Pacote IMRT – Até 2 volumes tratados	19.297,35
Pacote IMRT – Acima de 3 volumes tratados	21.383,55

- a) Estão excluídos dos pacotes os exames de bioimagem.
- b) Está incluída no pacote de IMRT a Simulação de Tratamento Complexo.
- c) Os códigos de procedimentos e/ou tratamentos descritos acima não previstos, serão remunerados na tabela CBHPM Edição 2012.

10.4.3. 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 de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM Edição 2012, com **UCO = R\$ 13,73 (treze reais e setenta e três centavos)** deste referencial, independente da acomodação. Para os exames de imagem e/ou diagnósticos será aplicada banda redutora de 25% (vinte e cinco por cento) do valor total do exame (Porte e UCO). 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 CBHPM edição 2012 e considerando a **UCO = R\$ 13,73 (treze reais e setenta e três centavos)**.

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

PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS		
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	PORTE	VALOR (R\$)
CONJUNTIVA		
Pterígio - Exérese + Transplante Conjuntival	1,5	1.359,21
Sutura de Conjuntiva	1	865,70
Exérese de Tumor de Conjuntiva	1	790,23
CÓRNEA		
Corpo Estranho da Córnea – Retirada	0	225,10

Recobrimento Conjuntival	1	1.090,67
Cirurgia Refrativa com Laser – LASIK	-	1.171,99
Cirurgia Refrativa com Laser - LASIK Personalizada	-	2.904,60
Sutura de Córnea (com ou sem Hérnia de Íris)	3	726,15
Cirurgia de Cross-linking	3	4.286,81
Implante de anel intra-estromal	-	1.824,71
Fotoablação de superfície convencional - PRK	-	2.105,44
CRISTALINO		
Capsulotomia Yag ou Remoção Pigmentar de LIO	0	330,47
Facectomia com lente intra-ocular dobrável com Facoemulsificação (lente nacional)	5	2.963,72
Facectomia com lente intra-ocular dobrável com Facoemulsificação (lente importada)	5	3.743,64 (Com lente aférica)
CORPO VÍTREO		
Implante de Silicone Intravítreo	7	2.911,72
Vitrectomia Anterior	4	2.607,79
Vitrectomia Via Pars Plana	5	3.592,01
Vitrectomia Via Pars Plana + Endolaser / Endodiatermia	5	5.028,79
Vitrect Via Pars Plana + Retinopexia com Introflexão Escleral + Endolaser+Infusão de Perfluorcarbono + Troca Fluido-Gasosa+membranectomia	6	6.388,21
Pacote tratamento ocular quimioterápico (com lucentis)	-	2.599,75
Pacote tratamento ocular quimioterápico(elya)		3.431,67
ÍRIS E CORPO CILIAR		
Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosas	4	1.551,73
Fototrabelculoplastia (Laser)	0	379,31
Iridectomia (Laser)	0	379,31
Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares	4	2.844,85
PÁLPEBRA		
Dermatocalaze ou Blefarocalaze	2	1001,39
Calázio	0	323,27
Ptose Palpebral- unilateral	2	1314,67
Ressecção de Tumores Palpebrais	2	922,41
Entrópio	2	754,30
Ectrópio	2	754,30
Epilação	0	320,42
Correção de Bolsas Palpebrais	2	981,31
Xantelasma	2	531,45

VIAS LACRIMAIS		
Fechamento pontos lacrimais	0	73,00
Sutura ou reconstrução dos canalículos	1	808,08
Sondagem de vias lacrimais	1	133,63
Reconstituição de pontos lacrimais	0	483,82
RETINA		
Fotocoagulação (Laser) - por sessão – monocular	0	237,08
Retinopexia Pneumática	0	933,21
Retinopexia com Introflexão Escleral	5	3.115,75
MÚSCULOS		
Estrabismo (inclusive bilateral)	2	689,66

10.4.4. Pacotes de Procedimentos Odontológicos

a) Os pacotes de procedimentos odontológicos constantes na planilha abaixo serão remunerados com base na tabela CBHPO 2017 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos) aplicando-se uma deflação de 50%. Os procedimentos constantes na tabela de Prótese Odontológica serão remunerados com base na tabela CBHPO 2017 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos) aplicando-se uma deflação de 30%.

b) Os procedimentos de **Ortodontia** para **pacientes acima de 16 anos** estão sujeitos a um **parecer da Comissão de Ética** conforme regulamentação contida na Portaria nº 048-DGP de 28 de FEV 08 (IR30-38).

c) **Todos os procedimentos de Implantodontia** estão sujeitos a um **parecer da Comissão de Ética** conforme regulamentação contida na Portaria nº 048-DGP de 28 de FEV 08 (IR30-38).

d) Os cirurgiões-dentistas interessados em se cadastrar, além de toda a documentação solicitada em edital, deverão apresentar também certificado *lato sensu* de conclusão do curso de especialização, comprovando pelo menos cinco anos de conclusão do curso na especialidade pretendida.

PACOTES DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS		
CÓDIGO	CIRURGIA	VALOR (R\$)
50101015	Apicetomia birradicular	184,69
50101016	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	216,42
50101017	Apicetomia trirradicular	245,71
50101018	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada	276,97
50101013	Apicetomia uniradicular	155,34
50101014	Apicetomia uniradicular com obturação retrógrada	186,6

50101094	Aprofundamento de vestibulo	259,81
50101095	Biópsia	92,34
50101081	Cirurgia de cisto	143,38
50101055	Cirurgia de hipertrofia do lábio	92,34
50101098	Cirurgia de mucocele	91,39
50101023	Cirurgia de odontomas, osteomas	223,89
50101099	Exérese de rânula	195,38
50101097	Cirurgia de tumores duros	143,38
50101024	Cirurgia para enucleação de cistos	143,38
50101012	Cirurgia para torus bilateral mandibular	242,78
50101010	Cirurgia para torus palatino	149,12
50101011	Cirurgia para torus unilateral mandibular	149,12
50101100	Consulta clínico cirúrgica	56,78
50101021	Correção de bridas musculares	97,13
50101101	Drenagem de abscesso extra-oral	89,95
50101102	Drenagem de abscesso intra-oral	89,95
50101105	Exodontia simples	92,34
50101002	Exodontia a retalho	110,33
50101104	Exodontia incluso / impactado	223,89
50101003	Exodontia raiz residual	92,34
50101108	Frenectomia labial	150,08
50101020	Frenectomia lingual	217,67
50101040	Redução não cirúrgica de luxação de ATM	56,78
50101066	Reimplante de dente (por elemento)	230,94
50101026	Remoção de corpo estranho do seio maxilar	234,29
50101118	Tratamento de alveolite	65,39
50101119	Tratamento de fistula bucossinusal	207,34
50101007	Ulotomia	53,55
50101015	Apicetomia birradicular	184,69
50101016	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	216,42
50101017	Apicetomia trirradicular	245,71
50101018	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada	276,97
50101013	Apicetomia uniradicular	155,34
50101014	Apicetomia uniradicular com obturação retrógrada	186,6
50101094	Aprofundamento de vestibulo	259,81
CÓDIGO	DENTÍSTICA	VALOR (R\$)
50102041	Ajuste oclusal	71,96

50102032	Capeamento direto (tratamento expectante)	61,56
50102033	Capeamento indireto (tratamento expectante)	61,56
50102035	Cimentação adesiva de trabalho protético	59,17
50102038	Colagem de fragmentos	87,56
50102017	Núcleo de preenchimento em resina composta	95,15
50102022	Pinos de retenção (intrarradicular unidade)	92,55
50102009	Resina composta Cl I ou V	87,56
50102010	Resina composta Cl II	139,55
50102016	Resina composta Cl III ou IV	155,15
50102028	Restauração em ionômero de vidro	76,74
50102021	Restauração provisória	45,96
50102041	Ajuste oclusal	71,96
50102032	Capeamento direto (tratamento expectante)	61,56
50102033	Capeamento indireto (tratamento expectante)	61,56
CÓDIGO	ENDODONTIA	VALOR (R\$)
50104014	Desobstrução de conduto	120,73
50104030	Drenagem de abscesso via canal	89,95
50104003	Instrumentação e obturação canal triradicular	267,46
50104002	Instrumentação e obturação de canal biradicular	217,86
50104001	Instrumentação e obturação de canal uniradicular	217,86
50104027	Preparo para o núcleo intra-radicular	61,56
50104029	Pulpectomia em emergência	63,95
50104025	Pulpotomia	63,95
50104024	Remoção de núcleo intra-radicular (por elemento)	125,52
50102021	Restauração provisória	45,96
50104020	Retratamento endodôntico em dois condutos radiculares	215,47
50104021	Retratamento endodôntico em três condutos radiculares	267,46
50104019	Retratamento endodôntico em um conduto radicular	163,47
50104017	Tratamento cirúrgico de perfuração radicular	127,91
50104028	Tratamento de dentes com risogênese incompleta (por sessão)	94,73
50104022	Tratamento de perfuração	127,91
CÓDIGO	ODONTOPEDIATRIA	VALOR (R\$)
50106004	Aplicação tópica de fluor com polimento coronário (quatro hemi-arcadas)	56,78
50106001	Consulta de adaptação (máximo de duas sessões)	56,78
50106012	Exodontia de decíduos	59,17
50106013	Mantenedor de espaço (fixo)	115,95

50106014	Mantenedor de espaço móvel	115,95
50106007	Restauração a ionômero de vidro (por face)	76,74
50106011	Tratamento endodôntico em decíduos (pulpectomia, instrumentação, obturação de canal por conduto)	114,51
50106005	Profilaxia dental (polimento coronário) (quatro hemi-arcadas) -Polimento	61,56
50102031	Selamento de cicatrículas e fissuras	41,18
CÓDIGO	PRÓTESE	VALOR (R\$)
50110003	Ajuste oclusal protético (por sessão)	96,92
50110042	Cimentação de coroa de jaqueta	79,97
50110046	Cimentação de núcleo fundido	79,97
50110047	Cimentação de prótese fixa por elemento	79,97
50110041	Cimentação de RMF	79,97
50110073	Conserto de prótese	116,36
50110030	Coroa de jaqueta em acrílico termopolimerizável	291,17
50110031	Coroa de jaqueta em cerâmica pura	436,76
50110032	Coroa metalo-cerâmica	436,76
50110028	Coroa provisória (em resina auto polimerizável)	109,19
50110034	Coroa total metálica	291,17
50110002	Enceramento diagnóstico (por elemento)	87,35
50110045	Núcleo de preenchimento (ionômero de vidro)	116,47
50110044	Núcleo de preenchimento (resina/amálgama)	116,47
50110009	Núcleo metálico fundido	145,59
50110050	Placa miorelaxante	327,57
50110005	Restauração in-lay e on-lay em porcelana	400,36
50110006	Restauração in-lay e on-lay em resina acrílica termopolimerizável	400,36
CÓDIGO	IMPLANTODONTIA	VALOR (R\$)
50105008	Cirurgia de enxertos ósseos / biomaterias	603,14
50105007	Cirurgia de manipulação de tecidos moles	260,77
50105004	Cirurgia para levantamento do assoalho do seio maxilar (incluído mat de enxerto)	407,64
50105009	Cirurgia para remoção de implantes não ósseointegrado	87,14
50105002	Implante osteointegrado (por unidade) / cirurgia para instalação de implantes	308,43
50105020	Instalação de prótese definitiva sobre implantes	340,67
50105019	Instalação de prótese provisória	87,56
CÓDIGO	PERIODONTIA	VALOR (R\$)

50108004	Aumento de coroa clínica (por elemento)	178,47
50108012	Cirurgia periodontal a retalho por hemiarcada	180,38
50108016	Cunha distal	110,4
50108005	Dessensibilização dentária por segmento	56,78
50108028	Enxerto gengival livre por elemento	224,37
50108029	Enxerto ósseo	199,66
50108018	Enxerto pediculado (por segmento)	179,42
50108010	Gengivectomia (por hemi-arcada)	203,51
50108020	Odonto-seção (por elemento)	101,91
50108034	Raspagem subgengival com alisamento radicular em hemearcada	63,95
50108035	Raspagem supragengival por hemearcada	79,55
CÓDIGO	ORTODONTIA	VALOR (R\$)
50107008	Instalação de mentoneira	99,52
50107018	Aparelho móvel com um torno expansor	151,51
50107009	Aparelho ortodôntico fixo total (uma arcada)	329,34
50107003	Arco lingual ou palatino	111,89
50107020	Barra lingual de canino a canino	111,89
50107032	Cimentação barra transpalatina	111,89
50107027	Cimentação de aparelho de NANCE	111,89
50107033	Cimentação de disjuntor palatino	201,64
50107035	Cimentação de quadri-hélice	148,29
50107005	Grade de palatina fixa	109,5
50107044	Instalação de aparelho de THUROW	104,3
50107045	Instalação de aparelho extra-bucal	185,41
50107046	Instalação de placa lábio-ativa	147,87
50107011	Manutenção de aparelho fixo (controle mensal)	97,13
50107015	Manutenção de aparelho móvel (controle mensal)	97,13
50107013	Ortopedia funcional dos maxilares (bionatos, monobloco, Bimler, Frankel ou similares)	198,31
50107007	Placa de Hawley	69,15
CÓDIGO	OUTROS	VALOR (R\$)
50101199	Laserterapia – sessão	125,52 (somente para mucosite)

10.4.5. Pet Scan

a) Remunera-se o PET/CT (Pet Scan) no valor de R\$ 3.100,00 (três mil e cem reais), que inclui tomografia com contraste quando necessário, honorário médico, custo operacional, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

b) Remunera-se o PET/CT (Pet Scan) com gálio no valor de R\$ 4.900,00 (quatro mil e novecentos reais), que inclui tomografia com contraste quando necessário, honorário médico, custo operacional, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

10.4.6 Terapia Renal Substitutiva

a) Os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacotes, especificados nas tabelas a seguir:

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise Crônica Ambulatorial (incluso honorário médico)	696,73 (autorizado com solução industrializada)
Hemodiálise móvel (incluso honorário médico)	1.559,85
Hemodiálise aguda (incluso honorário médico)	893,84 (autorizado com solução industrializada) Obs.: Este referencial também deverá ser utilizado para pacientes internados
Implante de cateter temporário para hemodiálise	601,57

PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Treinamento Paciente DPA/CAPD – 09 (nove) dias	4.331,33
Manutenção Paciente em Programa DPA – 30 (trinta) dias	9.359,10
Manutenção Paciente em Programa CAPD – 30 (trinta) dias	8.007,23

10.4.7. 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.

12.2. TIPOS DE PACOTES

12.2.1. Pacotes de radioterapia

PACOTE RADIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
RADIOTERAPIA IMRT		
96.01.198-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Próstata	23.429,95
96.01.199-8	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Cabeça/Pescoço/FSC	20.826,62
96.01.200-5	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Mama com drenagem	16.921,63
96.01.205-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Canal Anal	15.619,96
96.01.206-4	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pâncreas	13.016,26
96.01.207-2	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pelve Feminina	15.619,96

96.01.208-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Reto	15.619,96
96.01.236-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Retroperitônio	15.619,96
RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL 3D		
4.12.03.06-2	Radioterapia Conformada Tridimensional	15.538,19
RADIOCIRURGIA		
4.12.03.02-0	Radiocirurgia Nível 1	11.365,80
4.12.03.03-8	Radiocirurgia Nível 2	12.942,26
4.12.03.04-6	Radiocirurgia Nível 3	15.538,19
4.12.03.13-5	Radioterapia Estereotática 1º dia de Tratamento	8.789,21
4.12.03.14-3	Radioterapia Estereotática por dia subsequente	453,34

Com extensão para Tomografia de Planejamento seguindo a edição 2012 da CBHPM.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EXAME
4.10.01.10-9	Abdome superior
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e peritônio)
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrcica ou órbitas
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)
4.10.01.20-6	Reconstrução tridimensional – acrescentar ao exame de base
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares(braço, antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)
4.10.01.07-9	Tórax

12.2.1.1. Composição dos pacotes de radioterapia

12.2.1.1.1. Inclui:

- a) Honorários médicos: megavoltagem, Planejamento Técnico, Cheque-filme, Bloco, Simulação e Sistema de Imobilização;
- b) Sessões; e
- c) Taxa de sala.

12.2.1.1.2. Exclui:

- a) Exames por imagem: tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, PET CT, Radiografias, Ultrassonografias, Fluoroscopias, Angiografias Cerebrais, Ultrassom Transretal para implante de agulhas; e
- b) Todos os métodos de exames laboratoriais.

12.2.2. Pacotes de parto

Estão disponíveis em Hospitais do Tipo B e Tipo C que possuam Maternidade e Centro Obstétrico.

12.2.2.1. Hospitais Tipo B

CÓDIGO	TIPO DE PARTO	VALOR (R\$)
8.44.50.07.0	Pacote de Parto Normal (Não incluso honorários médicos)	5.199,50
8.44.50.06.1	Pacote de Parto Cesárea (Não incluso honorários médicos)	5.199,50
8.44.50.33.9	Pacote de Parto Normal (Incluso honorários médicos)	7.487,28
8.44.50.34.7	Pacote de Parto Cesárea (incluso honorários médicos)	7.487,28

Obs.: Em caso de partos múltiplos, será acrescido 20% (vinte por cento) ao valor do pacote por RN.

12.2.2.2. Hospitais tipo C

CÓDIGO	TIPO DE PARTO	VALOR (R\$)
8.44.50.07.0	Pacote de Parto Normal (Não incluso honorários médicos)	4.159,60
8.44.50.06.1	Pacote de Parto Cesárea (Não incluso honorários médicos)	4.159,60
8.44.50.33.9	Pacote de Parto Normal (Incluso honorários médicos)	5.396,23
8.44.50.34.7	Pacote de Parto Cesárea (incluso honorários médicos)	5.548,22

Obs.: Em caso de partos múltiplos, será acrescido 20% (vinte por cento) ao valor do pacote por RN.

12.2.2.3. Composição dos pacotes de parto

12.2.2.3.1. Inclui:

- a) Até 03 diárias de apartamento;
- b) Até 03 diárias de alojamento conjunto ou berçário;
- c) Assistência de enfermagem;
- d) Fototerapia (inclui materiais)/ Berço aquecido;
- e) Taxas de equipamentos;
- f) Materiais e medicamentos compatíveis com o procedimento;
- g) Gasoterapia no Centro Cirúrgico;
- h) Taxas e serviços;
- i) Taxa de Sala de Centro Cirúrgico e CRPA;
- j) Honorários Médicos relativo à assistência a sala de parto e berçário relativo aos 03 primeiros dias;
- k) SADTs compatíveis com os 03 primeiros dias de vida (Coombs direto, grupo sanguíneo ABO e Rh, VDRL, bilirrubinas,

l) Refeições do acompanhante nas 03 primeiras diárias.

OBSERVAÇÕES:

a) As intercorrências que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação serão tratadas como conta aberta;

b) No caso de intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação, não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote tampouco alterar o valor do mesmo.

12.2.2.4. Honorários médicos para parto

TIPO DE PARTO	VALOR (R\$)
Pacote de Parto Cesárea (inclui honorário do cirurgião + 1º auxiliar)	2.412,46
Pacote de Parto Normal (inclui honorário do cirurgião; acompanhamento do parto até seis horas, após o período de seis horas será acrescentado o valor de R\$ 160,52 (31309038 – CBHPM 2012) por hora subsequente*	3.289,72

* Proposta acatada em caráter excepcional.

12.2.3. PACOTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
3.10.02.39.0	Pacote de Cirurgia Bariátrica	23.397,75

12.2.3.1. Inclui:

- a) Até 03 diárias de acomodação, sendo 01 (uma) diária de UTI e 02 (duas) diárias de unidade aberta;
- b) Honorários médicos, exceto anesthesiologista;
- c) Fisioterapia respiratória e motora;
- d) Taxas de sala, de instrumental, de Assistência de Enfermagem e de Equipamentos;
- e) Taxa de Vídeo;
- f) Materiais e medicamentos;
- g) Materiais especiais inerentes ao procedimento (*);
- h) Exames laboratoriais;
- i) Gases medicinais no centro cirúrgico;
- j) Gasometria arterial no centro cirúrgico ou unidade aberta;
- k) Biópsia hepática, se necessário;
- l) Acompanhamento multiprofissional interdisciplinar no período pós-operatório (**)

(*) Kit Trocarte com 02 cânulas; 01 tesoura coaguladora Autosonix; 01 endogrampeador linear cortante com haste flexível; 02 cargas brancas e 05 cargas azuis p/6TB45.

(**) Acompanhamento interdisciplinar multiprofissional, com foco na reabilitação, resolução das comorbidades e melhora da qualidade de vida do portador de obesidade.

12.2.3.2. Não inclui:

- a) Honorários de anestesista;
- b) Diárias de UTI que excedam a 01 diária;
- c) Sangue e/ou hemoderivados;
- d) Exames complementares após o período pré-estabelecido;
- e) Diárias, materiais, medicamentos, exames, honorários e demais insumos, caso o internamento exceda o número de dias pré-estabelecidos no pacote;
- f) Procedimentos diagnósticos e terapêuticos de intercorrências;
- g) Despesas com cirurgias realizadas em função de outras patologias preexistentes.

12.2.4 Terapia Renal Substitutiva

a) O procedimento abaixo relacionado será pago na forma de pacote, especificados na tabela a seguir:

HEMODIAFILTRAÇÃO COM A MÁQUINA PRISMA	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise de uso Contínuo *	7.000,00
Hemodiálise aguda (incluso honorário médico)	893,84 (autorizado com solução industrializada)
Hemolenta Prisma (acima de 70 Kg)	6.031,42

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Hemodiálise Crônica Ambulatorial (incluso honorário médico)	696,73 (autorizado com solução industrializada)
Hemodiálise móvel (incluso honorário médico)	1.559,85
Hemodiálise aguda (incluso honorário médico)	893,84 (autorizado com solução industrializada) Obs.: Este referencial também deverá ser utilizado para pacientes internados

Implante de cateter temporário para hemodiálise	601,57
---	--------

PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR (R\$) DO PACOTE
Treinamento Paciente DPA/CAPD – 09 (nove) dias	4.331,33
Manutenção Paciente em Programa DPA – 30 (trinta) dias	9.359,10
Manutenção Paciente em Programa CAPD – 30 (trinta) dias	8.007,23

b)* Incluso em pacote: OPME, Materiais inerentes, Medicamentos, Solução diálitica no período de 24h para pacientes internados em OCS.

c) 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.

OBSERVAÇÕES:

a) As intercorrências que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação serão tratadas como conta aberta;

b) No caso de intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação, não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote tampouco alterar o valor do mesmo.

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 Cíveis 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.

13.1.2. A tabela referencial de preços foi elaborada observando os valores praticados pelas OCS credenciadas.

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 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 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 inclusos nas diárias:

- a)** Medicamentos prescritos pelo médico;

- b) Materiais descartáveis (exceto os inclusos 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 inclusos nas diárias); e
- g) Oxigênio (torpedos, concentradores).

13.2.1.8. Diária de Gerenciamento de Caso Clínico:

13.2.1.8.1. Itens inclusos:

- 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 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.

13.2.1.8.1. Itens não inclusos:

- a) Medicamentos prescritos pelo médico;
- b) Materiais descartáveis (exceto os inclusos 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, fascíte, toracotomia com ou sem drenagem; grandes queimados; infecção de estérno; cavidades abertas, com lavagem; grandes fistulas 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)	418,83
Internamento Domiciliar de Média Complexidade (12 horas de plantão de enfermagem)	231,30
Internamento Domiciliar de Baixa Complexidade (06 horas de plantão de enfermagem)	133,55
Diária de Gerenciamento de Casos Clínicos (por visita)	73,72

HONORÁRIOS MÉDICOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Procedimentos médicos especializados que sejam necessários para o tratamento do paciente, previamente autorizados pelo convênio.	254,80
Consulta com Médico Especialista	243,81
Médico Nutrólogo (01 a 02 vezes por semana)	105,31
HONORÁRIOS DE OUTROS PROFISSIONAIS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Psicoterapeuta (Avaliação/Sessão 50 min)	83,71
Fonoaudiólogo (Avaliação/Sessão 50 min)	70,00 (avaliação)
	60,00 (sessões subsequentes)
Terapeuta Ocupacional (Avaliação/ Sessão 50 min)	70,00 (avaliação)
	60,00 (sessões subsequentes)
FISIOTERAPIA DOMICILIAR	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Fisioterapia Motora (Sessão 50 min)	39,52
Fisioterapia Respiratória (Sessão 50 min)	39,52
Fisioterapia Motora e Respiratória (Sessão 50 min)	67,59
EXAMES	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Exames laboratoriais solicitados pelo médico assistente	CBHPM 2012 UCO: 13,73 (com banda redutora de 30% no porte)
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Raio-X)	178,45
Exames para investigação diagnóstica por imagem (Ultrassonografia)	335,37
OXIGENOTERAPIA	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Oxigênio 01-02L/min por hora	6,40
Oxigênio 03L/min por hora	8,92
Oxigênio 04-05L/min por hora	15,09
Locação de torpedo semanal	45,57
Concentrador de oxigênio/dia (sem Back-up)	37,25
Concentrador de oxigênio/dia (com back-up)	42,24
Cilindro de oxigênio até 4m³	181,74
Cilindro de oxigênio por m³ excedente	19,11
Kit oxigênio (cilindro, carrinho e regulador)/dia	9,45
Carrinho para cilindro M ou G/dia	3,91
Regulador com fluxômetro de oxigênio/dia	3,27
Regulador sem fluxômetro de oxigênio/dia	2,71
Fluxômetro de oxigênio/dia	3,27
Tomada duplo oxigênio/dia	2,84

EQUIPAMENTOS MÉDICOS ESPECIAIS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Monitor Multiparamétrico/dia (incluso na diária de alta complexidade)	32,80
Ventilador ciclado a pressão/dia	115,69
CPAP/dia	23,90
Oxímetro de Pulso/dia	11,15 (não cobrar em internação)
MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Cama hospitalar elétrica completa com colchão/dia	15,93
Cama hospitalar elevação cabeceira e pés + grades/dia	12,74 (não cobrar em internação)
Cama hospitalar com 03 elevações + grades/dia	14,78 (não cobrar em internação)
Berço com grade e colchão/dia	7,96 (não cobrar em internação)
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 28 (unidade)	131,05
Colchão caixa de ovo 06 metros, densidade 23 (unidade)	113,17
Suporte de soro tripé com rodízios/dia	4,66 (não cobrar em internação)
Suporte de soro tripé sem rodízios/dia	3,18 (não cobrar em internação)
Escada com 02 degraus/dia	3,18 (não cobrar em internação)
Cadeira higiênica/dia	4,37 (não cobrar em internação)
Cadeira de rodas/dia	5,13 (não cobrar em internação)
Assento para cadeira higiênica (unidade)	139,69 (não cobrar em internação)
Andador articulado/dia	1,94 (não cobrar em internação)
Nebulizador/dia	2,20
Kit nebulização/dia	3,45
Aspirador portátil simples/dia	5,77
Aspirador cirúrgico/dia	20,44
OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Punção venosa profunda	362,20
Dissecção venosa	402,45
Debridamento cirúrgico	160,06
Debridamento mecânico	97,33
Paracentese	375,61

Troca de Botton de gastrostomia	375,61
Instalação de sonda vesical de demora	76,67
Instalação de sondas: gástrica ou enteral	76,67
Troca de cânula de traqueostomia	203,09
Toracocentese	442,45
Punção biópsia Tru-Cut	402,45
Administração de quimioterápico venoso	131,87
REMOÇÃO PARA EXAMES	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Remoção ida/volta para realização de exames e procedimentos em hospital ou clínica	402,34
REMOÇÃO AMBULÂNCIA UTI MÓVEL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Dentro do perímetro urbano - Transferência	876,98
Fora do perímetro urbano	1.036,41
KM rodado fora do perímetro urbano	7,96
Para exames Especializados	1.116,12
Intermunicipal	1.195,80
Para o aeroporto	1.116,12
Saída de ambulância sem remoção	235,65
Hora adicional de espera em remoção após 01h	159,44
REMOÇÃO AMBULÂNCIA CONVENCIONAL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Dentro do perímetro urbano - Transferência	478,34
Fora do perímetro urbano	55,07
KM rodado fora do perímetro urbano	7,15
Para exames Especializados	637,78
Intermunicipal	765,34
Para o aeroporto	797,24
Saída de ambulância sem remoção	127,54
Hora adicional de espera em remoção após 01h	127,54
REMOÇÃO AMBULÂNCIA UTI NEONATAL	DIÁRIAS (VALOR R\$)
Dentro do perímetro urbano - Transferência	1.036,41
Fora do perímetro urbano - Transferência	2.008,12
KM rodado fora do perímetro urbano	7,96
Para exames Especializados	2.072,80
Intermunicipal	2.152,54
Para o aeroporto	2.232,25
Saída de ambulância sem remoção	318,87
Hora adicional de espera em remoção após 01h	191,33
CURATIVOS	DIÁRIAS (VALOR R\$)

Curativo pequeno	56,56
Curativo médio	70,21
Curativo grande	76,903,95
Curativo especial	90,29
PACOTE SONDAGEM 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). Para os materiais não constantes no referido catálogo, será aplicada a tabela SIMPRO. 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 considerados preços dos catálogos BRASÍNDICE e SIMPRO, com redução de 40% (quarenta por cento). Os equipos para dieta terão os valores fixos de: **R\$ 27,01** (vinte e sete reais e um centavo) equipo gravitacional e **R\$ 307,55** (trezentos e sete reais e cinquenta e cinco centavos) equipo bomba de infusão. Para dietas não constantes nas tabelas mencionadas, serão praticados os preços abaixo relacionados:

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,	200ml	Ensure Plus	Fresenius – Fresubin Energy 200ml	33,24
				Fresenius – Fresubin Protein Energy 200ml	
				Fresenius – Fresubin Energy Fiber 200ml	
				Nestlé – Nutren 1.5 de	

	hiperlipidemia e o com trânsito			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	88,94
03	Suplemento oral hiperproteico, com arginina, específico para cicatrização de lesão por pressão e outras situações que exijam estímulo de cicatrização	200 ml	PSH	Nestlé – Impact 200 ml Abbott – Perative 237 ml	83,52
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	22,08
05	Suplemento oral, hipercalórico, com fibras, desenhado especialmente para pacientes com Insuficiência Renal Aguda ou Crônica, que necessitam de restrição de fluidos e eletrólitos.	200ml	Dialy Care	Nestlé – Novasource Renal 200ml	108,47
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	285,69
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	303,55
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	356,13
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	305,48
10	Dieta enteral, normocalórica,	1000ml	PSH	Fresenius – Fresubin	

	normoproteica, baixa osmolaridade, com TCM e sem fibras. Para atender às necessidades de pacientes com sensibilidade a dietas hiperosmolares. Isenta de sacarose, lactose e glúten.			Original 1000ml S/F Nestlé – Isosource Soya 1000ml S/A Abbott – Osmolite Plus HN 1000ml S/F	223,41
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	1000 ml	PSH	Nestlé – Isosource Fiber 1000ml S/A Fresenius – Fresubin Original Fiber 1000ml S/F	274,26
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	334,20
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	363,85
14	Módulo de L-Glutamina (100%)	10g	Glutamina	Nuteral – L-Glutamina 10g	20,90

14. DOS SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS EM PSIQUIATRIA

14.1. INFORMAÇÕES GERAIS

O presente referencial de custos é utilizado pelo Hospital Geral de Salvador para os serviços médico-hospitalares em Psiquiatria.

O Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contra referência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se. Seguindo-se a Lei 10.216/2001 é preciso contar com a atenção primária, secundária e terciária em serviços envolvendo saúde mental.

14.1.1. Hospital Dia: corresponde a serviços destinados a hospitalização parcial para pacientes que não necessitem permanecer em tempo integral no hospital, mas apenas parte do dia. Muitos pacientes que seriam hospitalizados podem ser mais bem atendidos neste serviço.

14.1.2. Hospital Psiquiátrico Especializado: Serviços destinados a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menor complexidade. Deverá funcionar de acordo com seus programas de atendimento, contando com equipe multiprofissional completa necessária para desenvolver os programas terapêuticos da unidade.

14.1.3. Unidade de Emergência Psiquiátrica: Unidade de pronto socorro psiquiátrico, aberta em tempo integral (24 horas por dia), com leitos para acolher pacientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas).

14.2. SERVIÇOS CONTRATADOS

14.2.1. Internamento Psiquiátrico e dependência química, na modalidade integral, em Hospital Especializado em Psiquiatria Porte I (até 160 leitos);

14.2.2. Serviços de Urgência Psiquiátrica;

14.2.3. Serviços Ambulatoriais; e

14.2.4. Hospital-dia;

14.3. TIPOS DE ATENDIMENTOS PROFISSIONAIS

14.3.1. Consulta em Pronto Socorro;

14.3.2. Consulta com Psiquiatra;

14.3.3. Consulta com Psicólogo;

14.3.4. Acompanhamento com Psicólogo e Psiquiatra;

14.3.5. Visita Hospitalar.

14.4. TIPOS DE EXAMES

14.4.1. ECG de Alta Resolução

14.5. DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

14.5.1. Consultas, SADT e Honorários Médicos - de acordo com a tabela em anexo;

14.5.2. Para os itens não precificados no anexo I, serão remunerados de acordo com a CBHPM edição 2012, com UCO de R\$ **13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

14.6. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

14.6.1. De acordo com a tabela constante do anexo I.

14.7. MEDICAMENTOS, DIETAS E MATERIAIS

14.7.1. DOS MEDICAMENTOS

14.7.1.1. Os **medicamentos** a serem utilizados no tratamento dos pacientes da **CONTRATANTE**, serão faturados pela **CONTRATADA com base no Catálogo BRASÍNDICE, PF (preço de fábrica) com acréscimo de 20% (vinte por cento)**. Para os medicamentos não constantes no referido catálogo será aplicado ao valor de nota fiscal do fornecedor. 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 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\$2.000,00 (dois mil reais).

14.7.1.2. As medicações de que trata este item, são aquelas utilizadas em tratamentos de patologias em situações agudas para estabilização de sintomas psiquiátricos ou clínicos ou aquelas de uso restrito hospitalar. As medicações orais de uso contínuo de doenças clínicas serão de responsabilidade do beneficiário e/ou responsável.

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

14.7.1.4. O uso de dietas ou suplementos necessitam de autorização prévia para o uso. Para isso, a solicitação médica da **CONTRATADA** deve ser submetida a avaliação médica ou de nutricionista da **CONTRATANTE** para autorização quando for o caso.

14.8. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Deve apresentar:

- a) Atendimento médico hospitalar na especialidade de Psiquiatria;
- b) Serviço de urgência e emergência durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, com presença física de médico especialista em Psiquiatria;
- c) Disponibilidade de acomodações adequadas para os pacientes, em ambiente individual ou coletivo e, ainda, isolamento para casos selecionados;
- d) Equipe multidisciplinar composta por médico clínico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e técnico de enfermagem.

14.8.1. DESCRIÇÃO DA TABELA DE TAXAS E DIÁRIAS

14.8.1.1. 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 12:00h às 12:00h do período subsequente, com tolerância de 2 horas para a alta.

14.8.1.2. Meia diária: situação em que, nas internações em caráter de urgência, a diária do paciente tenha duração de até doze horas (na admissão ou na alta). Não incluídos nestes casos, as situações de óbito. Fica mantido a tolerância de duas horas nos casos de alta após o fim da diária, 10(dez) hs da manhã. Para fins de cobrança, será considerado o valor de 60%(sessenta por cento) do valor da diária integral referente a acomodação em que o paciente estiver internado.

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

14.8.2. COMPOSIÇÃO DA DIÁRIA INTEGRAL EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

8.2.1. Internamento Psiquiátrico e dependência química, na modalidade integral, em Hospital Especializado em Psiquiatria, Porte I (até 160 leitos), de acordo com a Portaria nº 2.644, de 28 de outubro de 2009.

14.8.2.2. O funcionamento dos Hospitais Psiquiátricos deve seguir o que determina as Resoluções Normativas CFM nº 2.056 e 2.057/2013 e suas revisões contidas na Resolução Normativa CFM nº 2.153/2016.

14.8.2.3. Itens incluídos na Diária de Psiquiatria

- 14.8.2.3.1. Leito Próprio, individual ou coletivo;
- 14.8.2.3.2. Troca de roupa de cama e banho do paciente;

14.8.2.3.3. Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental (Luvas de procedimentos estéreis e não estéreis, algodão, álcool 70%, gaze, PVPI, éter, esparadrapo, materiais de higiene pessoal; esponja, sabonete, creme dental, antisséptico bucal, escova de dente;

14.8.2.3.4. Equipamentos de Proteção individual (EPI), quando for o caso;

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

14.8.2.3.6. Serviços de Enfermagem realizados no leito do paciente:

14.8.2.3.7. Administração de medicamentos por todas as vias;

14.8.2.3.8. Preparo instalação e manutenção por todas as vias;

14.8.2.3.9. Controle de sinais vitais;

14.8.2.3.10. Controle de diurese;

14.8.2.3.11. Tricotomia;

14.8.2.3.12. Curativos, exceto materiais;

14.8.2.3.13. Sondagens, exceto materiais;

14.8.2.3.14. Aspiraões, exceto materiais;

14.8.2.3.15. Mudanças de decúbito;

14.8.2.3.16. Locomoção interna do paciente;

14.8.2.3.17. Preparo do paciente para procedimentos médicos;

14.8.2.3.18. Cuidados e higiene pessoal do paciente;

14.8.2.3.19. Preparo do corpo em caso de óbito;

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

14.8.2.3.21. Assepsia e antisepsia de equipamentos e materiais;

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

14.8.2.3.23. Bomba Infusora (**exceto materiais**);

14.8.2.3.24. Médico plantonista, supervisão por psicólogo e terapia ocupacional;

14.8.2.3.25. Monitoração e vigilância do paciente.

14.8.2.4. Itens não incluídos na Diária de Psiquiatria

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

14.8.2.4.2. Fraldas descartáveis;

14.8.2.4.3. Medicamentos e gases medicinais;

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

14.8.2.4.5. Honorários médicos e assistência de psicólogo diária para paciente internado

14.8.2.4.6. Serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento – SADT;

14.8.2.4.7. Remoção de pacientes para realizar exames externos;

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

DA REMUNERAÇÃO DE TAXAS E HONORÁRIOS

DIÁRIAS, TAXAS – Internamento integral em Hospital Psiquiátrico Especializado		
DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)	
	Serviços Classificação A	Serviços Classificação B
Diária internamento integral	668,45	---
Assistência médica psiquiátrica (Paciente internado)	124,10	Conforme tabela CBPHM 5ª Ed. 2008
Consulta psiquiatra ambulatorial (Rotina)	108,67	104,50
Consulta psiquiatra emergência	145,61	197,50
Assistência psicológica (Paciente internado)	73,25	54,00
Consulta psicólogo	67,59	65,00
Assistência psicológica (Bipolar)	103,19	99,23
TAXAS	Serviços Classificação A	Serviços Classificação B
Nebulização simples	15,09	10,69
Curativos	20,12	14,26
Retirada de pontos	10,75	7,63
Retirada de tala gessada	10,75	7,63
Oxigênio 3l/minuto	20,12	14,26
OUTROS SERVIÇOS	Serviços Classificação A	Serviços Classificação B
Resgate - Salvador (inclui: medicação, transporte, médico e um auxiliar). Outras áreas + (R\$10,85 x quantidade de Km rodados)	1663,84	1.193,80
Auxiliar extra	125,81	90,98
Auxiliar extra (das 21:00 às 08:00)	175,16	110,44
Saída apoio	60,81	38,48
Saída com auxiliar	68,98	46,33
EEG digital	88,26	77,63

Consulta cardiológica	145,61	105,00
Visita cardiológica	108,67	83,60
Consulta pré-anestésica	145,61	105,00
Estimulação magnética transcraniana	588,40	413,22
Eletroconvulsoterapia de pulso breve Pacote inclui: taxa de sala, assistência de enfermagem tipo 2, assistência psiquiátrica, oxigênio, aspirador, medicamentos e anestesia geral porte 3. Pacote não inclui: DEMAIS APARELHOS QUE VENHAM A SER UTILIZADOS	2.134,56	1.229,92

DIÁRIAS, TAXAS – PROGRAMA HOSPITAL DIA		
DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)	
	Serviços Classificação A	Serviços Classificação B
DIÁRIA – HOSPITAL DIA (inclui: alimentação, médico plantonista, supervisão por psicólogo, enfermagem tipo 1) Exclui: atendimento do médico assistente, assistência psicológica diária, médico clínico, enfermagem tipo 2 e 3, medicação e outros procedimentos terapêuticos como ECT e exames laboratoriais.	296,63	296,63
Assistência médica psiquiátrica (uma vez por semana)	112,82	---
Consulta de acolhimento (cobrada apenas uma vez no início da matrícula)	66,60	---

15. DAS NECESSIDADES ESPECIAIS

15.1 Prestação de assistência à saúde complementar, com objetivo de colaborar com a reabilitação física, psicológica e psicopedagógica, específicas dos beneficiários do sistema SAMMED/FUSEX/PASS/EX-CMB da 6ª RM, com necessidades especiais (N Esp).

Especialidade		Valor (R\$)	Observações
Musicoterapia	Sessão	175,00	-
	Mensal (1 sessão mensal)	680,00	
Psicoterapia	Avaliação inicial	250,00	-
	Sessão	175,00	
	Mensal (1 sessão mensal)	680,00	

Atendimento interdisciplinar ao bebê (0 a 36 meses)	Sessão	150,00	3 sessões semanais (Psicoterapia+fono terapia + fisioterapia)
	Semanal	300,00	
	Mensal	1.000,00	
Psicopedagogia: Programa de letramento aprendizagem e inclusão de crianças com autismo.	32 horas mensais	1.300,00	-
Avaliação Neuropsicológica		R\$ 2.000,00	Inclui o processo completo com várias etapas
Neuropsicologia	Sessão	175,00	-
Psicopedagogia	Processo completo	2.000,00	-
	Sessões adicionais	175,00	
Terapia Ocupacional	Sessão	175,00	-
	Mensal	680,00 (1 sessão semanal)	
Terapia Ocupacional com Integração sensorial	Sessão	202,00	-
	Mensal	800,00 (1 sessão semanal)	
Hidroterapia	Sessão	70,00	-
	Mensal	500,00 (2 sessões semanais)	
Fonoterapia	Avaliação inicial	250,00	-
	Sessão	175,00	
	Mensal (01 vez por semana)	680,00	
	Mensal (02 vez por semana)	1.200,00	
Fonoterapia	Avaliação inicial	250,00	-
Método BOBATH	Sessão	175,00	-
	Mensal (8 sessões mensais)	1.200,00	
Método Therasuit		11.400,00 (R\$ 190,00 / h)	60 horas
Psicomotricidade	Sessão	175,00	-
	Mensal	650,00 (1 sessão semanal)	
Psicoterapia	Avaliação inicial	250,00	-
Psicoterapia familiar	Sessão	75,00	-

	Mensal	600,007,72 (1 sessão semanal)	
Equoterapia	Sessão	200,00	-
	Mensal	704,00 (1 sessão semanal)	

15.1 Estão vinculados aos serviços das necessidades especiais, as seguintes observações:

15.1.1 Ambulatório do bebê: Atendimento clínico interdisciplinar para o bebê e sua família. Prematuridade, falta de interação, perturbações do sono ou alimentação, com internações ou interferências médicas repetidas.

15.1.2 O pacote Psicopedagógico e Neuropsicologia inclui: avaliação inicial, anamnese com os pais, 08 sessões com a criança, aplicação de testes psicopedagógicos, visita na escola, entrevista devolutiva e relatório completo, entre outros.

16. TABELA DE MATERIAIS E OPME

TABELA DE MATERIAIS E OPME		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES
70016836	AG.ESCLEROSE 23X240 INTERJECT 1835 BOSTON (08)	318,21
000025371 9	AGULHA DE PUNCAO FEMURAL 18G 7,0CM 833805 SCW (08)	26,00
09033573	BIO PUMP ADULTO CENTRIFLUX 605046 BRAILE (36)	1.715,84
70181942	BIO PUMP ADULTO JOSTRA - MEDICICOR (29)	1.715,84
	BULBO SUCÇÃO RESERVATÓRIO JVAC (100ML, 200 ML, 450 ML) JEJ	344,73
70090963	CAN.ARTERIAL ARAM.PT.RETA ALONGADA 6F 238874 BRAILE (36)	395,16
70090963	CAN.ARTERIAL ARAM.PT.RETA ALONGADA 8F 232283 BRAILE (36)	395,16
000015811 3	CAN.ARTERIAL ARAM.PT.RETA ALONGADA 10F 232292 BRAILE (36)	395,16
09027175	CAN.ARTERIAL ARAM.PT.RETA ALONGADA 14F 232317 BRAILE (36)	395,16
09027176	CAN.ARTERIAL ARAM.PT.RETA ALONGADA 16F 232326 BRAILE (36)	395,16
70093865	CAN.VEN.ARAM.UM EST.PT.MET.90 12F 139995 BRAILE (36)	395,16
09027187	CAN.VENOSA 16F 69316 MEDTRONIC (29)	395,16
09027188	CAN.VENOSA 18F 69318 MEDTRONIC (29)	395,16
09027189	CAN.VENOSA 20F 69320 MEDTRONIC (29)	395,16
70090998	CAN.VENOSA 24F 69324 MEDTRONIC (29)	395,16

09027191	CAN.VENOSA 28F 69328 MEDTRONIC (29)	395,16
70093911	CAN.VENOSA 34F ARAMADA 67534 MEDTRONIC (29)	395,16
09027198	CAN.VENOSA ARAM.UM EST.90 12F 224536 BRAILE (36)	395,16
09027199	CAN.VENOSA ARAM.UM EST.90 14F 224545 BRAILE (36)	395,16
09027218	CAN.VENOSA ARAM.UN.ESTAG.90 16F 224554 BRAILE (36)	395,16
09027220	CAN.VENOSA DLP BI-CAVAL 14F 69314 MEDTRONIC (29)	311,97
000027051 3	CAT ANGIOG PERIF CPC-15 5F 57538CARN15 MERIT (53)	2.662,14
70040036	CAT. BAL. PERIF. CONQUEST 6X80X75CM CQ7568 BARD (29)	2.662,14
09047476	CAT. BAL. ULTRAVERSE 35 3.0X150MM U35130315 BARD (29)	1.923,82
09047053	CAT. BALAO NC ACCUFORCE 2,25X8 DCRM2208HSW TERUMO (03)	1.923,82
99999943	CAT. BALAO NC ACCUFORCE 2,5X12 DCRM25012HHW TERUMO (03)	1.923,82
09047055	CAT. BALAO NC ACCUFORCE 2,5X15 DCRM2515HHW TERUMO (03)	1.923,82
000028076 4	CAT. BALAO NC ACCUFORCE 2,5X8 DCRM2208HSW TERUMO (03)	1.923,82
70135860	CAT.ABLACAO P/ELETROF.MARINR MCXL 7FR 075402 MEDTRONIC (29)	6.031,42
70860742	CAT.ARTERIAL PAM 18X08 SAC-00818 ARROW (33)	249,58
70860750	CAT.ARTERIAL PAM 20X08 SAC-00820 ARROW (33)	249,58
000012263 7	CAT.ARTERIAL PAM 22X05 SAC-00522 ARROW (33)	249,58
70103992	CAT.ARTERIAL PAM ARTERIOFIX 20G/80MM B.BAUN (08)	249,58
70104000	CAT.ARTERIAL PAM ARTERIOFIX 22G/80MM B.BAUN (08)	249,58
09047619	CAT.BAL.BANTAM 2,5X060X130 48506025 CLEARSTREAM (29)	1.923,82
09027402	CAT.BAL.EMERGE 2,00X08 39193-0820 BOSTON (26)	1.923,82
09027403	CAT.BAL.EMERGE 2,00X12 39193-1220 BOSTON (26)	1.923,82
09027407	CAT.BAL.EMERGE 2,50X12 39193-1225 BOSTON (26)	1.923,82
09041916	CAT.BAL.EUPHORA 2,00X12 EUP2012X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71098631	CAT.BAL.EUPHORA 2,00X20 EUP2020X MEDTRONIC (29)	1.923,82
09040840	CAT.BAL.EUPHORA 2,25X12 EUP22512X MEDTRONIC (29)	1.923,82
09041804	CAT.BAL.EUPHORA 2,50X15 EUP2515X MEDTRONIC (29)	1.923,82
09027488	CAT.BAL.HIRYU 2,50X06 DCRJ2506EBW TERUMO (03)	1.923,82
000014943 5	CAT.BAL.HIRYU 2,50X10 DCRJ2510EBW TERUMO (03)	1.923,82
09027491	CAT.BAL.HIRYU 2,50X20 DCRJ2520EHW TERUMO (03)	1.923,82
09027494	CAT.BAL.HIRYU 3,00X15 DCRJ3015EHW TERUMO (03)	1.923,82
000014943 9	CAT.BAL.HIRYU 3,50X10 DCRJ3510EBW TERUMO (03)	1.923,82

09040341	CAT.BAL.HIRYU 3,75X10 DCRJ3710EBW TERUMO (03)	1.923,82
09027501	CAT.BAL.HIRYU 4,00X10 DCRJ4010EBW TERUMO (03)	1.923,82
09040868	CAT.BAL.NC EUPHORA 2,75X06 NCEUP27506X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71111883	CAT.BAL.NC EUPHORA 2,75X20 NCEUP27520X MEDTRONIC (29)	1.923,82
09038570	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.0X08 NCEUP2008X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71111700	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.0X12 NCEUP2012X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71111719	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.0X15 NCEUP2015X MEDTRONIC (29)	1.923,82
09038572	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.25X08 NCEUP22508X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71111751	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.25X12 NCEUP22512X MEDTRONIC (29)	1.923,82
71111786	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.50X06 NCEUP2506X MEDTRONIC (29)	1.923,82
000026135 2	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.5X12 NCEUP2512X MEDTRONIC	1.923,82
71111816	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.5X15 NCEUP2515X MEDTRONIC -29	1.923,82
000026135 9	CAT.BAL.NC EUPHORA 2.75X15 NCEUP27515X MEDTRONIC-29	1.923,82
09040454	CAT.BAL.NC EUPHORA 3,25X08 NCEUP32508X MEDTRONIC-29	1.923,82
71111980	CAT.BAL.NC EUPHORA 3,25X12 NCEUP32512X MEDTRONIC-29	1.923,82
71111999	CAT.BAL.NC EUPHORA 3,25X15 NCEUP32515X MEDTRONIC-29	1.923,82
71112057	CAT.BAL.NC EUPHORA 3,50X15 NCEUP3515X MEDTRONIC-29	1.923,82
71112103	CAT.BAL.NC EUPHORA 3,75X12 NCEUP37512X MEDTRONIC-29	1.923,82
000026135 6	CAT.BAL.NC EUPHORA 3.0X06 NCEUP3006X MEDTRONIC-29	1.923,82
71111930	CAT.BAL.NC EUPHORA 3.0X15 NCEUP3015X MEDTRONIC-29	1.923,82
71112022	CAT.BAL.NC EUPHORA 3.50X06 NCEUP3506X MEDTRONIC-29	1.923,82
71112049	CAT.BAL.NC EUPHORA 3.50X12 NCEUP3512X MEDTRONIC-29	1.923,82
71112154	CAT.BAL.NC EUPHORA 4,00X08 NCEUP4008X MEDTRONIC-29	1.923,82
09043279	CAT.BAL.NC EUPHORA 4,00X15 NCEUP4015X MEDTRONIC-29	1.923,82
000026130 9	CAT.BAL.NC EUPHORA 4.0X12 NCEUP4012X MEDTRONIC-29	1.923,82
71118578	CAT.BAL.NC FOXTROT 3.0X10 PH3010 MICROPORT (203)	1.923,82
09038110	CAT.BAL.NC FOXTROT 3.0X15 PH3015 MICROPORT (203)	1.923,82
71118691	CAT.BAL.NC FOXTROT 3.5X10 PH3510 MICROPORT (203)	1.923,82
09027542	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,00X08 39124-0820 BOSTON-26	1.923,82
09027545	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,00X20 39124-2020 BOSTON -26	1.923,82
09027550	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,50X08 39124-0825 BOSTON -26	1.923,82
09027551	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,50X12 39124-1225 BOSTON-26	1.923,82
09027552	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,50X15 39124-1525 BOSTON-26	1.923,82

09027555	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 2,75X12 39124-1227 BOSTON-26	1.923,82
09027558	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,00X08 39124-0830 BOSTON -26	1.923,82
09027559	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,00X12 39124-1230 BOSTON-26	1.923,82
09027560	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,00X15 39124-1530 BOSTON-26	1.923,82
71328050	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,25X08 39124-0832 BOSTON-26	1.923,82
09027563	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,50X08 39124-0835 BOSTON-26	1.923,82
09027564	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,50X12 39124-1235 BOSTON-26	1.923,82
09027565	CAT.BAL.NC QUANTUM APEX 3,50X15 39124-1535 BOSTON-26	1.923,82
09027597	CAT.BAL.NC TREK 2,00X08 1012445-08 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 2,00X12 1012445-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027599	CAT.BAL.NC TREK 2,00X15 1012445-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027600	CAT.BAL.NC TREK 2,00X20 1012445-20 ABBOTT (01)	1.923,82
09027601	CAT.BAL.NC TREK 2,25X06 1012446-06 ABBOTT (01)	1.923,82
09027602	CAT.BAL.NC TREK 2,25X08 1012446-08 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 2,25X12 1012446-12 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 2,50X06 1012447-06 ABBOTT (01)	1.923,82
70116261	CAT.BAL.NC TREK 2,50X08 1012447-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027607	CAT.BAL.NC TREK 2,50X12 1012447-12 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 2,50X15 1012447-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027610	CAT.BAL.NC TREK 2,75X06 1012448-06 ABBOTT (01)	1.923,82
09027611	CAT.BAL.NC TREK 2,75X08 1012448-08 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 2,75X12 1012448-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027613	CAT.BAL.NC TREK 2,75X15 1012448-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027614	CAT.BAL.NC TREK 3,00X06 1012449-06 ABBOTT (01)	1.923,82
71327142	CAT.BAL.NC TREK 3,00X08 1012449-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027616	CAT.BAL.NC TREK 3,00X12 1012449-12 ABBOTT (01)	1.923,82
71327223	CAT.BAL.NC TREK 3,00X15 1012449-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027618	CAT.BAL.NC TREK 3,00X20 1012449-20 ABBOTT (01)	1.923,82
09033801	CAT.BAL.NC TREK 3,25X12 1012450-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027620	CAT.BAL.NC TREK 3,50X06 1012451-06 ABBOTT (01)	1.923,82
70903697	CAT.BAL.NC TREK 3,50X08 1012451-08 ABBOTT (01)	1.923,82
000016075 5	CAT.BAL.NC TREK 3,50X12 1012451-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027623	CAT.BAL.NC TREK 3,50X15 1012451-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027625	CAT.BAL.NC TREK 4,00X08 1012453-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027626	CAT.BAL.NC TREK 4,00X12 1012453-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027627	CAT.BAL.NC TREK 4,00X15 1012453-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027628	CAT.BAL.NC TREK 4,50X08 1012454-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027629	CAT.BAL.NC TREK 4,50X12 1012454-12 ABBOTT (01)	1.923,82

09027630	CAT.BAL.NC TREK 4,50X15 1012454-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027675	CAT.BAL.PANTERA LEO 3,25X15 367018 BIOTRONIK (16)	1.923,82
09027726	CAT.BAL.PERIF.ARMADA 14 2,5X120/150CM A2025-120 ABBOTT (01)	2.641,35
09033807	CAT.BAL.PERIF.ARMADA 35 10,0X40/135CM B2100-040 ABBOTT (01)	2.641,35
70112223	CAT.BAL.PERIF.VIATRAC RX 5,0X20 1008193-20 ABBOTT (01)	2.641,35
09027877	CAT.BAL.RX MINI TREK 1,20X08 1012268-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027878	CAT.BAL.RX MINI TREK 1,20X12 1012268-12 ABBOTT (01)	1.923,82
000015623 9	CAT.BAL.RX MINI TREK 1,50X08 1012269-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027881	CAT.BAL.RX MINI TREK 1,50X12 1012269-12 ABBOTT (01)	1.923,82
000015624 4	CAT.BAL.RX MINI TREK 2,00X08 1012270-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027885	CAT.BAL.RX MINI TREK 2,00X12 1012270-12 ABBOTT (01)	1.923,82
09027886	CAT.BAL.RX MINI TREK 2,00X15 1012270-15 ABBOTT (01)	1.923,82
09027887	CAT.BAL.RX MINI TREK 2,00X20 1012270-20 ABBOTT (01)	1.923,82
09027889	CAT.BAL.RX TREK 2,50X08 1012272-08 ABBOTT (01)	1.923,82
09027891	CAT.BAL.RX TREK 2,50X15 1012272-15 ABBOTT (01)	1.923,82
70104964	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 1,25X15 DCRH1215EH TERUMO (03)	1.923,82
70104913	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 1,50X15 DCRH1515EHW TERUMO (03)	1.923,82
70104921	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 1,50X20 DCRH1520EHW TERUMO (03)	1.923,82
70104948	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 2,00X20 DCRH2020EHW TERUMO (03)	1.923,82
70104581	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 2,25X10 DCRH2210EHW TERUMO (03)	1.923,82
70104964	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 2,25X15 DCRH2215EHW TERUMO (03)	1.923,82
71434569	CAT.BAL.RYUJIN PLUS 2,50X10 DCRH2510EHW TERUMO (03)	1.923,82
000027026 9	CAT.DIAG. 5F UAC 59038UAC MERIT MEDICAL (53)	316,13
71066438	CAT.DIAG.AL1 5F 534-545T CORDIS (70)	225,32
70121010	CAT.DIAG.AL2 5F 534-546T CORDIS (70)	225,32
09037428	CAT.DIAG.COBRAS 2 5F RFXB5510GM TERUMO (86)	311,97
70100748	CAT.DIAG.COBRAS 2 5F RHAB55108M TERUMO (86)	311,97
000006263 9	CAT.DIAG.IM 5F 534-560T CORDIS (70)	225,32
09036961	CAT.DIAG.IM 6F 534-660T CORDIS (70)	225,32
09036950	CAT.DIAG.INF.PIGTAIL 5F 534-550S CORDIS (70)	225,32
71065865	CAT.DIAG.JL3,5 5F 534-518T CORDIS (70)	225,32
70124027	CAT.DIAG.JL3,5 6F 534-618T CORDIS (70)	225,32
70096902	CAT.DIAG.JL4,0 5F 534-520T CORDIS (70)	225,32
09036954	CAT.DIAG.JL4,0 6F 534-620T CORDIS (70)	225,32

71065890	CAT.DIAG.JL5,0 5F 534-522T CORDIS (70)	225,32
70124086	CAT.DIAG.JR3,5 5F 534-519T CORDIS (70)	225,32
71065920	CAT.DIAG.JR4,0 5F 534-521T CORDIS (70)	225,32
70124078	CAT.DIAG.JR4,0 6F 534-621T CORDIS (70)	225,32
70124906	CAT.DIAG.MP A-2 6F 534-642T CORDIS (70)	225,32
71066012	CAT.DIAG.MPA-2 5F 534-542T CORDIS (70)	225,32
09036821	CAT.DIAG.PIGTAIL 5F 7529-11 MERITMEDICAL (53)	225,32
09036948	CAT.DIAG.PIGTAIL 6F 534-650S CORDIS (70)	225,32
70128332	CAT.DIAG.TEMPO C2 5F 451-543HO CORDIS (70)	225,32
09037330	CAT.DIAG.TEMPO H1 5F 451-535HO CORDIS (70)	225,32
70903409	CAT.DIAG.TEMPO SIM2 5F 451-531HO CORDIS (70)	225,32
70120633	CAT.DIAG.TEMPO VER 4F 135 451-414HO CORDIS (70)	311,97
09036951	CAT.DIAG.TEMPO VERT.5F 135 451-514HO CORDIS (70)	202,75
000902816 5	CAT.DIAG.VERT 5F 5583-A3 MERIT MEDICAL (53)	311,97
000008302 5	CAT.DUP.LUM C.V.C.7X20 ZKDND7F20 BALTON (252)	291,17
70352852	CAT.DUP.LUM.C.V.C.4,0X13 PED.CS-14402 ARROW (33)	291,17
70352860	CAT.DUP.LUM.C.V.C.5,0X13 PED.CS-14502 ARROW (33)	291,17
70870390	CAT.DUP.LUM.C.V.C.5,0X13 PED.MC2LP-5S MEDCOMP (32)	291,17
70352879	CAT.DUP.LUM.C.V.C.7,0X20 AD.CV-17702 ARROW (08)	291,17
000006252 5	CAT.DUP.LUMEN 4F 22G 4166949 CERTOFIX BBRAUN (08)	332,77
000025114 8	CAT.DUP.LUMEN 7F 16G 4162200E CERTOFIX BBRAUN (08)	311,97
09037788	CAT.GUIA ADROIT 6F H-STICK 67227800 CORDIS (70)	499,15
70131180	CAT.GUIA ADROIT XB3,0 6F 672-05200 CORDIS (70)	499,15
70134928	CAT.GUIA ADROIT XB3,5 6F 672-05400 CORDIS (70)	499,15
70134243	CAT.GUIA AL1 6F 670-03600 CORDIS (70)	499,15
70101167	CAT.GUIA AL2 6F 670-04000 CORDIS (70)	499,15
09036939	CAT.GUIA JL3,5 6F 670-00200 CORDIS (70)	499,15
70134430	CAT.GUIA JR4,0 6F 670-08200 CORDIS (70)	499,15
71356533	CAT.GUIA LAUNCHER AL2.0 6F LA6AL20 MEDTRONIC (29)	499,15
70849668	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 3,5 6F LA6EBU35 MEDTRONIC-33	499,15
70134324	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 3,5 7F LA7EBU35 MEDTRONIC -33	499,15
000008232 6	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 3.0 6F LA6EBU30 MEDTRONIC -29	480,00
71356673	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 3.5 6F LA6EBU35 MEDTRONIC -29	480,00
71357963	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 3.5 7F LA7EBU35 MEDTRONIC -29	499,15
09028347	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 4,0 6F LA6EBU40 MEDTRONIC -33	499,15

71356690	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 4.0 6F LA6EBU40 MEDTRONIC -29	499,15
71357998	CAT.GUIA LAUNCHER EBU 4.0 7F LA7EBU40 MEDTRONIC -29	499,15
70096740	CAT.GUIA LAUNCHER JL3.5 6F LA6JL35 MEDTRONIC (29)	499,15
70096759	CAT.GUIA LAUNCHER JL4.0 6F LA6JL40 MEDTRONIC (29)	499,15
09043681	CAT.GUIA LAUNCHER JR3.5 5F LA5JR35 MEDTRONIC (29)	499,15
09028355	CAT.GUIA LAUNCHER JR4,0 6F LA6JR40 MEDTRONIC (33)	499,15
70096724	CAT.GUIA LAUNCHER JR4.0 6F LA6JR40 MEDTRONIC (29)	499,15
70134472	CAT.GUIA MPA-1 6F 670-27000 CORDIS (70)	499,15
71382534	CAT.GUIA XB3,0 6F 670-05200 CORDIS (70)	499,15
09037311	CAT.GUIA XB3,0 7F 778-05200 CORDIS (70)	499,15
70134510	CAT.GUIA XB3,5 6F 670-05400 CORDIS (70)	499,15
000016331 7	CAT.GUIA XB3,5 6F 670-054-00 CORDIS (70)	499,15
70134081	CAT.GUIA XB3,5 7F 778-05400 CORDIS (70)	499,15
09037312	CAT.GUIA XB4,0 6F 670-05600 CORDIS (70)	499,15
70857890	CAT.PICC POWERPICC DUP.LUM.5F 3275118 BARD (33)	1.715,84
09028429	CAT.PICC POWERPICC DUP.LUM.6F 3276118 BARD (33)	1.715,84
000015507 9	CAT.PICC POWERPICC MONO.LUM.5F 3175118 BARD (33)	1.507,86
000013355 6	CAT.PORTO CATH 7F 0603870 BARD (33)	1.251,27
09028444	CAT.PORTO CATH 8F 0602830 BARD (33)	1.251,27
000016636 5	CAT.POWERPICC 4F 70CM 1L FIGUIA 3174155 BARD (33)	1.715,84
	CLIPS (GRD. AMARELO, MED.BRANCO, MED.VERDE E PEQUENO AZ) JEJ	75,00
000014647 2	CONECTOR ALTA PRESSAO 120CM 14831 NAVILYST (08)	93,59
70236470	CONECTOR BAIXA PRESSAO 150CM (08)	93,59
70905185	CONECTOR EM Y BIVALVULADO MVA100 EV3 (53)	228,78
70178070	CONECTOR Y COM ROTOR MAP152 MERIT (08)	228,78
09028893	CONJ.P/CIRC.EXTR.CORP.ADULTO BRAILE (36)	2.027,81
70197016	DISP.OCLUSAO VASC.PERCLOSE PROGLIDE 12673 ABBOTT (01)	1.715,84
	DRENO BLAKE (10 FR, 15 FR, 19 FR E 24 FR) HUBLESS JEJ	351,76
000027692 5	ESTABILIZADOR DE TECIDO OCTOPUS EVOLUTION MEDTRONIC (29)	7.071,32
09029449	FILTRO PROTECAO EMBOLICO EMBOSHIELD NAV 22443-19 ABBOTT (01)	7.653,66
09029560	GERADOR MP CAM.DUP.ADVISA A3DR01 MEDTRONIC (29)	11.958,85
70247951	GUIA ANG.014X190 BHW 1000462HJ ABBOTT (01)	332,77

70247978	GUIA ANG.014X190 CROSS-IT 1003309HJ ABBOTT (01)	332,77
70247960	GUIA ANG.014X190 J BMW 1001780J-HC ABBOTT (01)	332,77
09029682	GUIA ANG.014X190 PROGRESS 40T 1011836 ABBOTT (01)	332,77
09029683	GUIA ANG.014X190 PROGRESS 80T 1011838 ABBOTT (01)	332,77
71323112	GUIA ANG.014X190 WHISPER ES 1011834HJ ABBOTT (01)	332,77
70248044	GUIA ANG.014X190 WHISPER MS 1005357HJ ABBOTT (01)	332,77
70873267	GUIA DIAG.035X145 J 007042 MEDTRONIC (29)	160,52
70256454	GUIA DIAG.035X145 R 007046 MEDTRONIC (29)	160,52
70327114	HEMOCONCENTRADOR ADULTO 2146 JOSTRA (29)	636,42
09033622	HEMOCONCENTRADOR ADULTO H-500 BRAILE (36)	636,42
70327114	HEMOCONCENTRADOR INFANTIL 2157 JOSTRA (29)	636,42
70196613	INSUFLADOR EVEREST AC3205P MEDTRONIC (29)	374,36
71107134	INTROD.5F 11CM INPUT 051102A MEDTRONIC (29)	202,75
71107142	INTROD.6F 11CM INPUT 061102A MEDTRONIC (29)	202,75
70347514	INTROD.7F 11CM INPUT 071102A MEDTRONIC (29)	202,75
71107169	INTROD.8F 11CM INPUT 081102A MEDTRONIC (29)	202,75
71107177	INTROD.9F 11CM INPUT 091102A MEDTRONIC (29)	202,75
000904056 2	INTROD.FEMORAL CALLISTO 5F CFS051135 COMED (53)	202,75
000028131 1	INTROD.FEMORAL CALLISTO 6F CFS061135 COMED (53)	202,75
70346909	INTROD.P/IMPL.ELETR.7F 6207 MEDTRONIC (29)	270,37
70346917	INTROD.P/IMPL.ELETR.9F 6209 MEDTRONIC (29)	270,37
Sem código	LIGADURA ELÁSTICA 7 BANDAS 4225 BOSTON	1495,94
70373868	MANIFOLD 5 VIAS 3 VALVULAS (08)	83,19
99999943	MICRO CATETER REBAR 18 105-5081-153 MTI (53)	3.099,73
70379521	MICRO CATETER REBAR 27 105-5082-145 MTI (53)	3.099,73
09037145	MICROCATETER MAESTRO 29MC29130ST MERIT (53)	2.495,76
000027737 5	MICROGUIA HIDROF.SILVER SPEED 103-0606-200THERAPEUTICS (53)	1.905,10
70214352	PATCH PER.BOVINO 11X06 4293 BRAILE (36)	473,15
	PERNEIRA SCD EXPRESS ATÉ A COXA P, M OU G	493,40
000015821 9	SIST.DREN.MEDIAST. ADULTO 2000/38 BRAILE (36)	93,59
70139881	SPLINT NASAL SILICONE E3147S MEDITECH (08)	987,91
71251510	STENT COR. ULTIMASTER 2.25X15 DERD2215KSM TERUMO	8.000,00
09038950	STENT COR. ULTIMASTER 2.25X18 DERD2218KSM TERUMO	8.000,00
71251537	STENT COR. ULTIMASTER 2.25X24 DERD2224KSM TERUMO	8.000,00
09038947	STENT COR. ULTIMASTER 2.5X24 DERD2524KSM TERUMO	8.000,00

000903894 5	STENT COR. ULTIMASTER 2.5X28 DERD2528KSM TERUMO	8.000,00
000026675 5	STENT COR. ULTIMASTER 2.75X15 DERD2715KSM TERUMO	8.000,00
71251901	STENT COR. ULTIMASTER 3.5X28 DERD3528KSM TERUMO	8.000,00
000028223 8	STENT FARM.BIOFREEDOM 2,50X14 BFR1-2514 BIOSENSORS	8.000,00
000028225 1	STENT FARM.BIOFREEDOM 3,00X18 BFR1-3018 BIOSENSORS	8.000,00
09042228	STENT FARM.BIOFREEDOM 3,00X24 BFR1-3024 BIOSENSORS	8.000,00
09042230	STENT FARM.BIOFREEDOM 3,50X14 BFR1-3514 BIOSENSORS	8.000,00
09042232	STENT FARM.BIOFREEDOM 3,50X24 BFR1-3524 BIOSENSORS	8.000,00
09042233	STENT FARM.BIOFREEDOM 3,50X28 BFR1-3528 BIOSENSORS	8.000,00
09031483	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 2,25X18 BMX-2218 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031484	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 2,25X24 BMX-2224 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031485	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 2,25X28 BMX-2228 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031488	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 2,50X18 BMX-2518 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031492	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 2,50X36 BMX-2536 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031502	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 3,00X18 BMX-3018 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031503	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 3,00X24 BMX-3024 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031504	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 3,00X28 BMX-3028 BIOSENSOR (18)	8.000,00
09031514	STENT FARM.BIOMATRIX FLEX 4,00X18 BMX-4018 BIOSENSOR (18)	8.000,00
71241736	STENT FARM.BIOMIME 2,00X13 BIO20013 MERIL LIFE SCIENCES (21)	8.000,00
09031521	STENT FARM.BIOMIME 2,50X13 BIO25013 MERIL LIFE SCIENCES (21)	8.000,00
09031524	STENT FARM.BIOMIME 2,50X24 BIO25024 MERIL LIFE SCIENCES (21)	8.000,00
09035612	STENT FARM.BIOMIME 3,00X37 BIO30037 MERIL LIFE SCIENCES (21)	8.000,00
09036808	STENT FARM.BIOMIME 4,50X19 BIO45019 MERIL LIFE SCIENCES (21)	8.000,00
71240489	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.25X12 RSINT22512X MEDTRONIC (29)	8.000,00
09038813	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.25X18 RSINT22518X	8.000,00

	MEDTRONIC (29)	
71240519	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.25X22 RSINT22522X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240527	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.25X26 RSINT22526X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240535	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.25X30 RSINT22530X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240640	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.50X12 RSINT25012X MEDTRONIC (29)	8.000,00
000017820 7	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.50X18 RSINT25018X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240675	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.50X22 RSINT25022X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240683	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.50X26 RSINT25026X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240691	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.50X30 RSINT25030X MEDTRONIC (29)	8.000,00
09038830	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.75X26 RSINT27526X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240853	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 2.75X30 RSINT27530X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240616	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3,00X34 RSINT30034X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240551	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.0X12 RSINT30012X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240594	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.0X26 RSINT30026X MEDTRONIC (29)	8.000,00
000017616 4	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.0X30 RSINT30030X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240640	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.5X12RSINT35012X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240730	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.5X18RSINT35018X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240756	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.5X26 RSINT35026X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240764	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.5X30 RSINT35030X MEDTRONIC (29)	8.000,00
71240772	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 3.5X34 RSINT35034X MEDTRONIC (29)	8.000,00
09038844	STENT FARM.INTEG.RESOLUTE 4.0X26 RSINT40026X MEDTRONIC (29)	8.000,00
09033855	STENT FARM.INTEGRITY RESOLUTE4,00X15 RSINT40015X MEDTRONIC (3)	8.000,00
09031621	STENT FARM.NOBORI 2,25X18 DERA2218SM TERUMO (03)	8.000,00
70734909	STENT FARM.NOBORI 2,50X28 DERA2528SM TERUMO (03)	8.000,00

09031631	STENT FARM.NOBORI 2,75X24 DERA2724SM TERUMO (03)	8.000,00
70734925	STENT FARM.NOBORI 3,00X14 DERA3014SM TERUMO (03)	8.000,00
70734941	STENT FARM.NOBORI 3,00X24 DERA3024SM TERUMO (03)	8.000,00
09031679	STENT FARM.PROMUS ELEMENT PLUS 2,50X20 39184-2025 BOSTON(26)	8.000,00
09036822	STENT FARM.PROMUS PREMIER 2,25X20 39251-2022 BOSTON (26)	8.000,00
09040397	STENT FARM.PROMUS PREMIER 2,25X28 39251-2822 BOSTON (26)	8.000,00
09040399	STENT FARM.PROMUS PREMIER 2,50X20 39251-2025 BOSTON (26)	8.000,00
09043205	STENT FARM.PROMUS PREMIER 2,50X24 39251-2425 BOSTON (26)	8.000,00
000025549 5	STENT FARM.PROMUS PREMIER 3,00X32 39251-3230 BOSTON (26)	8.000,00
09044362	STENT FARM.PROMUS PREMIER 3,50X38 39251-3835 BOSTON (26)	8.000,00
09038063	STENT FARM.SYNERGY 2,50X16 39262-1625 BOSTON (26)	8.000,00
09038062	STENT FARM.SYNERGY 2,75X16 39262-1627 BOSTON (26)	8.000,00
09039408	STENT FARM.SYNERGY 2,75X28 39262-2827 BOSTON (26)	8.000,00
09034419	STENT FARM.SYNERGY 3,50X16 39198-1635 BOSTON (26)	8.000,00
09031742	STENT FARM.SYNERGY 3,50X24 39198-2435 BOSTON (26)	8.000,00
09031743	STENT FARM.SYNERGY 3,50X28 39198-2835 BOSTON (26)	8.000,00
71251553	STENT FARM.ULTIMASTER 2,25X33 DERD2233KSM TERUMO -3	8.000,00
71251561	STENT FARM.ULTIMASTER 2,25X38 DERD2238KSM TERUMO -3	8.000,00
71251588	STENT FARM.ULTIMASTER 2,5X38 DERD2538KSM TERUMO	8.000,00
000027617 1	STENT FARM.ULTIMASTER 3,00X38 DERD3038KSM TERUMO	8.000,00
71251952	STENT FARM.ULTIMASTER 4,00X24 DERD4024KSM TERUMO	8.000,00
71247122	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,25X12 1120225-12 ABBOTT	8.000,00
71247130	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,25X15 1120225-15 ABBOTT	8.000,00
71247149	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,25X18 1120225-18 ABBOTT	8.000,00
71247157	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,25X23 1120225-23 ABBOTT	8.000,00
70732140	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,50X15 1120250-15 ABBOTT	8.000,00
000025903 0	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,50X28 1120250-28 ABBOTT	8.000,00
71247246	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,50X38 1120250-38 ABBOTT	8.000,00
71247289	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,75X18 1120275-18 ABBOTT	8.000,00
71247300	STENT FARM.XIENCE ALPINE 2,75X28 1120275-28 ABBOTT	8.000,00
71247360	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,00X18 1120300-18 ABBOTT	8.000,00
71247378	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,00X23 1120300-23 ABBOTT	8.000,00

71247386	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,00X28 1120300-28 ABBOTT	8.000,00
71247394	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,00X33 1120300-33 ABBOTT	8.000,00
71247408	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,00X38 1120300-38 ABBOTT	8.000,00
71247521	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,50X18 1120350-18 ABBOTT	8.000,00
71247530	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,50X23 1120350-23 ABBOTT	8.000,00
71247548	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,50X28 1120350-28 ABBOTT	8.000,00
70732132	STENT FARM.XIENCE ALPINE 3,50X38 1120350-38 ABBOTT	8.000,00
71247602	STENT FARM.XIENCE ALPINE 4,00X18 1120400-18 ABBOTT	8.000,00
09031768	STENT FARM.XIENCE PRIME 3,50X28 1011710-28 ABBOTT	8.000,00
09031770	STENT FARM.XIENCE PRIME 4,00X15 1011711-15 ABBOTT	8.000,00
09031789	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,25X12 1070225-12	8.000,00
09033754	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,25X15 1070225-15	8.000,00
09033755	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,25X18 1070225-18 ABBOTT (01)	8.000,00
09033761	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,5 X12 1070250-12 ABBOTT (01)	8.000,00
09033663	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,5 X28 1070250-28 ABBOTT (01)	8.000,00
71246606	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,50X23 1070250-23 ABBOTT (01)	8.000,00
09033768	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,75X18 1070275-18 ABBOTT (01)	8.000,00
09033770	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,75X28 1070275-28 ABBOTT (01)	8.000,00
09031790	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,75X33 1070275-33 ABBOTT (01)	8.000,00
09033676	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 2,75X48 1070275-48 ABBOTT (01)	8.000,00
09034532	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,0 X12 1070300-12 ABBOTT (01)	8.000,00
09033772	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,0 X33 1070300-33 ABBOTT (01)	8.000,00
09033287	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,0X 18 1070300-18 ABBOTT (01)	8.000,00
09033775	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,0X 28 1070300-28 ABBOTT (01)	8.000,00
09033776	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,0X 48 1070300-48 ABBOTT (01)	8.000,00
09033782	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,5X 12 1070350-12 ABBOTT (01)	8.000,00
000025175 3	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,5X 18 1070350-18 ABBOTT (01)	8.000,00
09033784	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,5X 23 1070350-23 ABBOTT	8.000,00

	(01)	
09034583	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,5X 38 1070350-38 ABBOTT (01)	8.000,00
09033786	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 3,5X 48 1070350-48 ABBOTT (01)	8.000,00
09031797	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 4,00X23 1070400-23 ABBOTT (01)	8.000,00
09033788	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 4,00X33 1070400-33 ABBOTT (01)	8.000,00
70729883	STENT FARM.XIENCE XPEDITION 4,0X 15 1070400-15 ABBOTT (01)	8.000,00
09033780	STENT FARM.XPEDITION 3,00X23 1070300-23 ABBOTT (01)	8.000,00
000027095 5	TAMPAO NASAL E7181 MEDITECH (08)	291,17
	TELA PROLENE 15X15 CM JEJ	488,02
	TROCARTE XCELBLADELESS OU XCEL PTA DIL 5 mm (175 mm), 11 mm (100 mm), 12 mm (100mm)	492,98
09031986	TUBO EXTENSOR ITP BRAILE (36)	311,97
09031987	TUBO EXTENSOR QMT BRAILE (36)	436,76
09032063	VALVULA BIOL.AORTICA HANCOCK II 23 T505C223 MEDTRONIC (29)	17.158,35
09032073	VALVULA BIOLOGICA AORTICA 21 8329 BRAILE (36)	2.331,26
000015817 9	VALVULA BIOLOGICA AORTICA 23 8332 BRAILE (36)	2.331,26
09032116	VALVULA BIOLOGICA MITRAL 33 8390 BRAILE (36)	2.331,26

17. TABELA PARA CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
EM CONSULTÓRIO	197,75
VISITA HOSPITALAR	395,56
MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA INVASIVA 12 H	346,09
ENXERTO VENOSO	1.161,96
DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO	601,53
EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES	5.216,53
ALARGAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA	1.730,58
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE LARINGO-TRAQUEAL	5.216,53
CERVICOTOMIA EXLPORADORA	3.584,77
ESVAZIAMENTO CERVICAL SELETIVO (ESPECIFICAR O LADO)	3.584,76
LINFADENECTOMIA PROFUNDA	2.373,38

CORREÇÃO DE DEFORMIDADE DA PAREDE TORÁCICA	7.936,02
COSTECTOMIA (VALOR P/1 ARCO COSTAL, 30% DESTE VALOR PARA CADA ARCO ADICIONAL)	4.647,87
ESTERNECTOMIA SUBTOTAL	6.180,66
ESTERNECTOMIA TOTAL	7.219,03
FECHAMENTO DE PLEUOSTOMIA	2.051,94
IMPLANTE MARCA PASSO DIAFRAGMÁTICO DEFINITIVO	7.219,03
MOBILIZAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES OU DO OMENTO	7.219,03
PLUMBAGEM EXTRAFASCIAL	6.675,15
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA (COM OU SEM PRÓTESE)	7.219,03
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHOS CUTÂNEOS	6.675,15
RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA COM RETALHOS MUSCULAR	6.675,15
RECONSTRUÇÃO DA REGIÃO ETERNAL COM RETALHOS MUSCULAR	6.675,15
RESSECÇÃO DE TUMOR DO DIAFRAGMA E RECONSTRUÇÃO (QUALQUER TÉCNICA)	8.603,53
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA PAREDE TORÁCICA	3.584,77
TORACECTOMIA (SEM RECONSTRUÇÃO PARIETAL)	6.675,15
TORACOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA)	7.936,02
TORACOTOMIA COM BIOPSIA	5.216,61
TORACOTOMIA EXPLORADORA (EXCLUÍDOS OS PROCEDIMENTOS INTRATORÁCICOS)	4.647,87
TORACOTOMIA PARA PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS SOBRE A COLUNA VERTEBRAL	6.180,66
TRAÇÃO ESQUELÉTICA DO GRADIL COSTO-ESTEMAL (TRAUMATISMO)	6.180,66
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DO GRADIL COSTAL	6.180,66
BIOPSIA CIRÚRGICA DE COSTELA OU ESTERNO	1.161,96
FRATURA LUXAÇÃO DE EXTERNO OU COSTELA TC	4.647,87
CORREÇÃO DEFORM. PAREDE TORAC. VIDEO	10.828,56
TORACOTO. PROC ORTOP. COL VERT VIDEO	8.603,53
RESSUTURA DE PAREDE TORÁCICA	6.180,66
LINFADENECTOMIA AXILAR	4.647,87
COSTELA CERVICAL- TRAT. CIRURGICO	4.647,87
BIOPSIA DE MÚSCULO	445,01
COLOC D ÓRT TRAQ. TRAQUEOB/BRONQ POR END	4.375,93
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE TRAQUEAL OU TRAQUEOBRÔNQUICA	9.271,03
FECHAMENTO DE FÍSTULA TRÁQUEO-CUTÂNEA	5.216,51
PUNÇÃO TRAQUEAL	939,44
RESSECÇÃO CARINAL (TRAQUEOBRÔNQUICA)	11.446,60
RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL	10.161,05

TRAQUEOPLASTIA (QUALQUER VIA)	10.161,05
TRAQUEORRAFIA (QUALQUER VIA)	2.051,94
TRAQUEOSTOMIA	939,44
TRAQUEOSTOMIA COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE TRAQUEAL	4.895,09
TRAQUEOSTOMIA MEDIASTINAL	8.603,53
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	9.271,03
TRAQUEORRAFIA POR VÍDEO E/OU RESSECÇÃO DE TUMOR TRAQUEAL POR VÍDEO	2.546,76
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA	9.271,03
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA	8.603,53
BRONCOPLASTIA E/OU ARTERIOPLASTIA VIDEO	11.446,60
BRONCOTOMIA E/OU BRONCORRAFIA VIDEO	13.266,56
CORREÇÃO DE FIST. BRONCO-PLEURAL VIDEO	11.446,60
BULECTOMIA UNILATERAL	8.603,53
CIRURGIA REDUTORA DO VOLUME PULMONAR UNILATERAL (QUALQUER TÉCNICA)	10.161,05
CISTO PULMONAR CONGENITO	9.271,03
CORREÇÃO DE FISTULA BRONCO-PLEURAL (QUALQUER TÉCNICA)	9.271,03
DRENAGEM TUBULAR ABERTA DE CAVIDADE PULMONAR	4.647,87
EMBOLECTOMIA PULMONAR	15.253,91
LOBECTOMIA POR MALFORMAÇÃO PULMONAR	9.691,31
LOBECTOMIA PULMONAR	9.691,31
METASTASECTOMIA PULMONAR UNILATERAL (QUALQUER TÉCNICA)	7.936,02
PNEUMONECTOMIA	9.271,03
PNEUMONECTOMIA DE TOTALIZAÇÃO	10.161,05
PNEUMORRAFIA	4.895,09
PNEUMOSTOMIA (CAVERNOSTOMIA) COM COSTECTOMIA E ESTOMA CUTÂNEIO-CAVITÁRIO	7.936,02
POSICIONAMENTO DE AGULHAS RADIATIVAS POR TORACOTOMOMIA	4.647,87
SEGMENTECTOMIA (QUALQUER TÉCNICA)	5.636,77
TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR	23.536,02
BULECTOMIA POR VIDEO	11.446,60
CIRURGIA REDUTORA DO VOL. PULM. VIDEO	13.266,56
DRENAG. TUB. ABERTA CAV. PULM. VIDEO	5.636,77
LOBECTOMIA PULMONAR VIDEO	13.266,56
METASTASECTOMIA UNILATERAL VIDEO	9.271,03
SEGMENTECTOMIA VIDEO	8.603,53
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE PLEURA POR AGULHA	1.161,96
DESCORTICAÇÃO PULMONAR	7.219,03
PLEURECTOMIA	5.636,77

PLEURODESE (QUALQUER TÉCNICA)	3.584,77
PLEUROSCOPIA	4.895,09
PLEUROSOMIA (ABERTA)	2.843,08
PUNÇÃO PLEURAL	692,24
REPLEÇÃO DE CAVIDADE PLEURAL COM SOLUÇÃO DE ANTIBIÓTICO PARA TRATAMENTO DE EMPIEMA	2.373,38
RESSECÇÃO DE TUMOR DA PLEURA LOCALIZADO	7.219,03
RETIRADA DE DRENO TUBULAR TORÁCICO (COLOCADO EM OUTRO SERVIÇO)	445,01
TENDA PLEURAL	3.584,77
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA	2.546,76
TRATAMENTO OPERATÓRIO DA HEMORRAGIA INTRAPLEURAL	7.219,03
DESCORTICAÇÃO PULMONAR VIDEO	9.271,03
PLEURECTOMIA POR VIDEO	7.219,03
PLEURODESE POR VIDEO	4.375,93
PLEUROSCOPIA POR VIDEO	6.180,66
RESSECÇÃO DO TUMOR DA PLEURA VIDEO	10.161,05
TENDA PLEURAL POR VIDEO	5.216,51
TRAT. OPER. HEMOR. INTRAPLEURAL VIDEO	10.161,05
ACESSO PARA BÓCIO INTRATORÁCICO	4.647,87
BIÓPSIA DE LINFONODOS PRÉ-ESCALÊNICOS OU DO CONFLUENTE VENOSO	2.051,94
BIÓPSIA DE TUMOR DO MEDIASTINO (QUALQUER VIA)	2.373,38
CISTO OU DUPLICAÇÃO BRONQUICA OU ESOFÁGICA	9.271,03
DERIVAÇÃO CAVO-ATRIAL	8.603,53
DISSECÇÃO DO ESÔFAGO TORÁCICO (QUALQUER TÉCNICA)	6.675,15
LIGADURA DO DUCTO-TORÁCICO (QUALQUER VIA)	7.219,03
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	6.675,15
MEDIASTINOSCOPIA, VIA CERVICAL	4.895,09
MEDIASTINOTOMIA (VIA PARAESTEMAL, TRANSESTEMAL, CERVICAL)	5.636,77
MEDIASTINOTOMIA EXTRAPLEURAL POR VIA POSTERIOR	5.636,77
PERICARDIOTOMIA COM ABERTURA PLEURO-PERICÁRDICA (QUALQUER TÉCNICA)	7.936,02
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIASTINO	9.271,03
TIMECTOMIA (QUALQUER VIA)	8.603,53
TRATAMENTO DA MEDIASTINITE (QUALQUER VIA)	10.161,05
VAGOTOMIA TRONCULAR TERAPÊUTICA POR TORACOTOMIA	7.219,03
BIOPSIA DE TUMOR DE MEDIASTINO VIDEO	3.090,26
CISTO OU DUP. BRONQ. OU ESOFAG. VIDEO	11.446,60

LIGAD. ART. BRONQ. P/ CONT. HEMOP. VIDEO	9.271,03
LIGAD. DUCTO-TORACICO VIDEO	10.828,56
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL VIDEO	9.271,03
MEDIASTINOSCOPIA VIA CERVICAL VIDEO	6.674,51
MEDIASTINOTOMIA EXTRA PLEURAL POST VIDEO	7.936,02
PERICARDIOT C/ ABERT. PLEUR-PERIC. VIDEO	10.161,05
RESSECÇÃO DE TUMOR DE MEDIAST. VIDEO	13.266,56
PCT TIMECTOMIA POR VIDEO	11.446,60
TRAT. MEDIASTINITE POR VIDEO	15.253,91
ABCESSO SUBFRÊNICO - TRATAMENTO CIRÚRGICO	4.647,87
EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA	8.603,53
HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRATAMENTO CIRÚRGICO	10.828,56
HERNIA DIAFRAGMATICA POR VIDEO	15.253,91
LIGADURA DE ARTÉRIAS BRÔNQUICAS POR TORACOTOMIA PARA CONTROLE DE HEMOPTISE	7.219,03
AMPLIAÇÃO (ANEL VALVAR, GRANDES VASOS, ÁTRIO, VENTRÍCULO)	10.161,05
CANAL ARTERIAL PERSISTENTE - CORREÇÃO CIRÚRGICA	7.219,03
COARCTAÇÃO DA AORTA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	7.936,02
CONFECÇÃO DE BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	7.936,02
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	9.271,03
CORREÇÃO CIRÚRGICA DA COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR	10.161,05
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA + CIRURGIA VALVA	17.231,75
CORREÇÃO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA + REVASCULARIZAÇÃO	19.877,07
REDIRECIONAMENTO DO FLUXO SANGUÍNEO (COM	23.536,02
RESSECÇÃO (INFUNDÍBULO, SEPTO, MEMBRANAS, BANDAS)	9.271,03
TRANSPOSIÇÕES (VASOS, CÂMARAS)	22.204,42
AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR	19.877,07
CIRURGIA MULTIVALVAR	21.683,92
COMISSUROTOMIA VALVAR	15.252,48
PLASTIA VALVAR	14.396,39
TROCA VALVAR	17.230,13
ANEURISMECTOMIA DE VE	19.877,07
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	19.877,07
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO + CIRURGIA VALVAR	23.536,02
VENTRICULECTOMIA PARCIAL	19.877,07
CARDIO ESTIMULAÇÃO TRANSESOFÁGICA (CETE), TERAPEUTA OU DIAGNÓSTICA	543,90
IMPLANTE DE DESFIBRILADOR INTERNO, PLACAS E ELETRO	6.180,66
IMPLANTE DE ELETRODO ATRIAL	1.730,58

IMPLANTE DE ELETRODO ATRIAL E VENTRICULAR	2.051,94
IMPLANTE DE ELETRODO VENTRICULAR	1.730,58
IMPLANTE DE ESTIMULADOR CARDÍACO ARTIFICIAL MULTISSITIO	6.180,66
INSTALAÇÃO DE MARCAPASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO	2.373,38
MARCAPASSO TEMPORÁRIO À BEIRA DO LEITO	1.161,96
RECOLOCAÇÃO DE ELETRODO	1.161,96
RETIRADA DO SISTEMA (NÃO APLICÁVEL NA TROCA DO GERADOR)	4.375,93
TROCA DE GERADOR	1.730,58
IMPLANTE DE MARCAPASSO MONOCAMERAL	4.895,09
IMPLANTE DE MARCAPASSO BICAMERAL	6.180,66
REMOÇÃO DE CABO-ELETRODO DE MP E OU CARDIO DESFIBRILADOR	8.603,52
COLOCAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO	1.903,65
COLOCAÇÃO DE STENT NA AORTA SEM CEC	11.446,60
INSTALAÇÃO DO CIRCUITO DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPOREA	4.375,93
INSTALAÇÃO DO CIRC DE CIRC EXT BX PESO	4.375,93
PERFUSIONISTA	4.375,93
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL	9.271,03
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SUPRA-RENAL	10.161,05
ANEURISMA DE AORTA-TORÁCICA - CORREÇÃO CIRÚRGICA	1.9877,07
PONTE TRANSCERVICAL	7.936,02
ANEURISMA DE CARÓTIDA , SUBCLÁVIA, ILÍACA	8.603,53
ANEURISMA-OUTROS	8.603,53
ANEURISMA TORÁCICO OU TÓRACO-ABDOMINAL – CORREÇÃO	23536,02
CATETERISMO DE ARTERIA RADIAL PARA PAM	445,01
CORREÇÃO DAS DISSECÇÕES DA AORTA	23.536,02
ENDARTERECTOMIA AORTO-ILÍACA	5.216,53
ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA	9.271,03
ENDARTERECTOMIA ILÍACO-FEMORAL	4.647,87
LIGADURA DE CAROTIDA OU RAMOS	4.647,87
PONTE AORTO-ILÍACA - UNILATERAL	6.180,66
ARTERIOPLASTIA DO FEMORAL PROFUNDA	4.375,93
PONTES AORTO-CERVICAIS OU ENDARTERECTOMIAS DOS TRONCOS SUPRA-AÓRTICOS	11.446,60
PREPARO DE VEIA AUTOLOGA P REMENDOS VASCULARES	1.807,66
ARTERIOPLASTIA DA FEMORAL PROFUNDA	4.375,93
DISSECÇÃO DE VEIA OU CATETER VENOSO	4.45,01
FISTULA ATEROVENOSA DE VASOS INTRAORTICOS	9.271,03
IMPLANTE DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE	1.557,53

IMPLANTE DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	543,90
RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE	1.557,53
RETIRADA DE CATETER PARA HEMODIÁLISE	543,90
ANEURISMA ROTO OU TROMBOS DE AORTA ABD ABX	10.161,05
ANEURISMA ROTO OU TROMBOS DE AORTA ABD ACM	11.446,60
ANEURISMAS ROTO OU TROMBOS TORÁC/TORAC-ABD	23.536,02
EMBOLECTOMIA OU TROMBO - EMBOLECTOMIA ARTERIAL	6.180,66
EXPLORAÇÃO VASCULAR EM TRAUMAS TORÁCICOS	9.271,03
LESOES VASC CERVICAIS E CERVICO TORÁCICAS	10.161,05
LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS INTRATORÁCICAS	10.161,05
ESTUDO ELETROFISIOLOGICO DO SISTEMA DE CONDUÇÃO	3.584,77
MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS EC	4.895,09
TESTE DE AVALIAÇÃO DO LIMAR DE FIBRILAÇÃO VENTRICULAR	2.051,94
ABLAÇÃO DE CIRC ARRITMOG P CAT RADIOFREQUENCIA	1.903,65
COLOCACAO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS	1.903,65
IMPLANTE DE PROTESE INTRAVENT NA AORTA	7.936,02
TRATAMENTO PERCUTANEO DO ANEURISMA	16.696,76
IMPLANTE TRANSCATÉTER DE PRÓTESE VALVAR AÓRTICA	17.231,75
DISSEC VEIA P IMP CAT CENT L PERM NPP/QT	1.557,53
IMPLANTE DE CATETER PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA	543,90
INSTALAÇÃO DE CATETERES INTRACAVITÁRIOS PARA MONIT	1.359,70
INSTALAÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA (TRAQUEOSTOMIA)	6.675,15
MANUTENÇÃO DE CIRCUITO PARA ASSISTÊNCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA PROLONGADA – PERÍODO DE 6 HORAS	1.903,65
PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA OU DISSEC. P COL.	692,24
DISSECÇÃO DE VEIA OU CATETER VENOSO	445,01
CONFECÇÃO FISTULA AV P/ HEMODIA VIDEO	1.903,65
RETIRADA FISTULA AV P/ HEMODIA. VIDEO	1.903,65
CORREÇÃO CIRURGICA DAS ARRITMIAS	7.219,03
DRENAGEM DO PERICÁRDIO	2.373,38
PERICARDIOCENTESE	1.903,65
PERICARDIOTOMIA/PERICARDIECTOMIA	4.895,09
DRENAGEM DO PERICARDIO VIDEO	3.337,49
PERICARDIOTOMIA/PERICARDIECTOMIA VIDEO	6.675,15
HIPOTERMIA PROFUNDA COM OU SEM PARADA CIRCULATÓRIA	6.675,15
BIÓPSIA DO MIOCÁRDIO	4.375,93
CARDIOMIOPLASTIA	19.877,07
CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO, EXPLORAÇÃO	13.266,56

RETIRADA DE TUMORES INTRACARDIACOS	15.253,91
ENXERTO ARTERIAL	1.465,81
ATRESIA DE ESOFAGO COM F TRAQUEL T CIRUR	11.446,60
ESOFAGECTOMIA DISTAL COM TORACOTOMIA	7.219,03
ESOFAGECTOMIA DISTAL SEM TORACOTOMIA	7.219,03
ESOFAGOPLASTIA (GASTROPLASTIA)	11.446,60
FISTULA TRAQUEOESOFAGICA- TTO CIRURGICO	9.271,03
REINTERVENÇ S/ TRANSIÇÃO ESÔF. GÁSTRICA	6.675,15
SUBSTITUIÇÃO ESOFÁGIC-CÓLON OU TUBO GÁSTRICO	13.266,56
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESOFAGO SEM RESSECÇÃO	5.216,51
ESOFAGOSTOMIA	5.636,77
TRAT CIRURGICO DO DIVERTÍCULO ESOFÁGICO	6675,15
REFLUXO GASTROESOF- TRAT CIRURGICO	5.891,33
DISSECÇÃO DO ESOFAGO	6.675,15
REFLUX GASTROESOF-TRAT-CIRURG P/ VIDEO	8.294,41
INSTALAÇÃO DE CATETER TENCKHOFF	1.557,53
GASTRECTOMIA PARCIAL	5.216,51
GASTRECTOMIA PARCIAL S VAGOTOMIA	5.216,51
PILOROPLASTIA	3.584,77
COLOSTOMIA OU ENTEROSTOMIA	4.647,87
ILEOSTOMIA QUALQUER TECNICA	4.647,87
JEJUNOSTOMIA	4.375,93
DERNAGEM DE ABCESSO HEPATICO	1.610,98
LAPARATOMIA PARA DRENAGEM DE ABSC	9.271,03
SIMPATECTOMIA	9.582,50
SIMPATECTOMIA POR VIDEO	9.582,50
TRAT SIND DESFILADEIRO CERVICO TORACICO	5.636,77
RETIRADA DE ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTE	7.219,03
TRANSPLANTE CARDÍACO	23.536,02
TRANSPLANTE CÁRDIO-PULMONAR (DOADOR)	11.446,60
TRANSPLANTE CÁRDIO-PULMONAR (RECEPTOR)	37.652,74
TRANSPLANTE PULMONAR (DOADOR)	9.271,03
TRANSPLANTE PULMONAR UNILATERAL (RECEPTOR)	23.536,02
4.08.12.03-0 AORTOGRAFIA ABDOMINAL	2.051,94
4.08.13.07-0 ANGIOPLASTIA ABDOMINAL	6.675,15
4.08.13.94-0 COLOC. DE ENDOPROT ABDOMIAL	6.675,15
4.08.12.03-0 ARTERIOGRAF CONT POS-OPERAT	2.061,94
BRONCOSCOPIA COM BIOPSIA TRANSBRONQUIC	2373,38
BRONCOSCOPIA COM OU SEM ASP OU LAV BRO	1.730,58

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	1.359,70
BRONCOSCOPIA C B. TRANSBRONQ C RADIOSC	2.373,38
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRONQUICA	2.373,38
DILATAÇÃO DE ESTENOSE BRONQUICA	2.373,38
DILATAÇÃO DO ESÔFAGO	2.051,94
ECOENDOSCOPIA COM CISTOENTEROSTOMIA	6.180,66
ECOENDOSCOPIA COM NEURÓLISE DE PLEXO CELÍACO	6.180,66
ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA	6.180,66
LARINGOSCOPIA/ TRAQUEOSCOPIA RETIRADA CORPO EST	2.373,38
RET CORPO ESTR. ESOFAGO ESTOMAGO DUODENO	2.373,38
BRONCOSCOPIA P RETIR. DE CORPO ESTR OU E	2.923,96
BRONCOSCOPIA RET TUMOR OU PAPILOMA	3.584,76
OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUT DE SANGUE	1.203,04
PUNÇÃO/BÍOPSIA GUIADA US	939,44
PUNÇÃO/BÍOPSIA GUIADA POR TC/RX	939,44
PUNCAO BIOP/ASPIRATIVA DE ORGAO OU ESTRUT ORIENTADA POR RX	939,44
AORTOGRAFIA TORACICA	2.051,94
ANGIOGRAFIA TRANSOPERATÓRIA DE POSICION	543,90
ANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA DE CONTROLE	543,90
ANGIOPLASTIA TORACICA	6.675,15
ANGIOPLASTIA DE AORTA PARA TRAT DE CORAÇÃO	5.636,77
COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE STENT VASCULAR	4.895,09
EMBOLIZAÇÃO DE ARTERIA HIPOGASTRICA	6.675,15
COLOCAÇÃO DE ENDOPROTESE TORACICA	6.675,15
OCLUSÃO DO APÊNDICE ATRIAL ESQUERDO	R\$ 8.799,49
ECOBRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA	R\$ 4.698,74

18. 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.