ANEXO II
REFERENCIAL DE PREÇOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) DO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - H Mil A Recife 2026

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE – 7ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)
EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2021
ANEXO II – REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Processo Administrativo (NUP) nº 64583.009680/2021-39
RETIFICAÇÃO Nº01

SUMÁRIO

1. Apresentação
2. Honorários: tabelas, índices e valores 4
2.1. Remuneração dos honorários 4
2.2 Consulta Médica 4
2.2. Consulta médica na urgência 4
2.3. Remuneração dos portes anestésicos 4
2.4. Honorários diferenciados 5
2.5. Retorno de consulta ambulatorial 5
2.6. Reaplicação 5
2.7. Visita hospitalar 6
2.8. Ginecologia 6
2.9. Oftalmologia 6
2.10. Nutrição 6
2.11. Psiquiatria 6
2.12. Exames complementares – SADT – Hospitalar 6
2.13. Exames complementares – SADT – Ambulatorial 6
2.14. Exames complementares – SADT - Prestados por credenciado nas instalações do Hospital Militar de Área de Recife 7
2.15. Serviços de emissão de laudos de exames diagnósticos por imagem 7
2.16. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de Medicina Laboratorial 7
2.17. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Anatomia Patológica e Citopatologia 8
2.18. Pacote para exame peroperatório com deslocamento do patologista (biópsia por congelação) 8
3. Medicamentos, Quimioterápicos, Imunobiológicos e Radiofármacos 8
4. Materiais Descartáveis 9
5. Dieta enteral e parenteral 9
6. Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME) 9
7. Gasoterapia, taxas de salas, taxa de sala cirúrgica, diárias hospitalares, taxas ambulatoriais, taxa pelo uso de equipamento médico-hospitalar 9, 10
8. Acomodações 10
9. Terapias Multidisciplinares 10, 11

9.1 Nutrição 11
9.2 Fonoaudiologia 12
9.3 Terapia Ocupacional 12
9.4 Serviço de Fisioterapia Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar 12
9.4.1. Fisioterapia Hospitalar 13
9.4.2. Fisioterapia Ambulatorial e Domiciliar 14, 15
9.5.Serviços de Psicologia Hospitalar e Ambulatorial 15
9.6. Atendimento para pacientes com necessidades especiais 16, 17
10. Odontologia Buco-Maxilo-facial 17
11. Radiologia Odontológica 18, 19, 20
12. Atendimento em Home Care 20, 21, 22, 23, 24
13. Assistência Técnica em Enfermagem Domiciliar 24
13.1 Tabelas e índices 24
14. Pacotes
1. Honorários de pacotes de serviços de hemodinâmica e cardiologia intervencionista, cirúrgica cardiovascular e cirurgia torácica 25 - 36
1.1. Honorários de pacotes de serviços de hemodinâmica – Anexo I 25, 26
1.2. Honorários de serviços de cirurgia cardiovascular – Anexo II 26, 27
1.3. Honorários de serviços de cirurgia torácica – Anexo III 27 - 32
1.4. Regras para aplicação dos pacotes – cirurgia torácica 33, 34
1.5. Honorários de serviços de eletrofisiologia – Anexo IV 35
1.6. Honorários de serviços de estimulação cardíaca artificial – Anexo V 35, 36
2. Honorários de Serviços de Pediatria 36, 37
3. Honorários de Serviços de Ginecologia/Obstetrícia 37, 38
4. Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos Endoscópicos e Ecoendoscópicos 38 - 42
5. Pacote de Serviços de hematologia e/ou hemoterapia 42, 43
6. Pacotes de Urologia 43, 44
7. Psiquiatria
7.1 Consulta 44
7.2. Avaliação Neuropsicológica 44
7.3. Pacotes de Psiquiatria 44, 45
8. Pacotes de Exames Toxicológicos 45
9. Terapia Renal Substitutiva – Ambulatorial e Hospitalar
9.1. Pacotes de Terapia Renal Substitutiva – Ambulatorial 46
9.2. Pacotes de Terapia Renal Substitutiva – Hospitalares 47
10. Pacotes de Pet Scan 48
11. Pacote para Tratamento Radioterápicos 48, 49
12. Pacote de Transplante de Medula Óssea 49, 50, 51
10.1. Transplante de Medula Óssea Autólogo 49
10.2. Transplante de Medula Óssea alogênico aparentado 50
10.3. Transplante de Medula Óssea alogênico não aparentado 51
13. Pacote de Obstetrícia (Parto) 51
14. Pacote de Videodeglutograma 51
15. Pacotes de Eletroencefalograma à beira do leito 51
16. Pacote de Prostatectomia Realizado por Robótica 52
17. Pacotes de Gastroplastia por Vídeo 52
18. Pacote de Revascularização do Miocárdio 52
19. Pacote de Iodoterapia Ambulatorial 52
20. Pacotes de Procedimentos de RX 53
21. Pacotes de momotomias 53, 54
22. Exames

22.1. Teste SARS – COV – 2 54
22.2. Pesquisa rápida para influenza A e B 54
23. Pacotes de cirurgias realizadas nas instalações do HMAR 55
23.1 Pacotes de cirurgias laparoscópicas 55

ANEXO A – CBHPM 2016 57
ANEXO B – CBHPM 2010 58
ANEXO C – Preços de diárias e taxas hospitalares 59 - 63
ANEXO D – Preços dos pacotes para hemodinâmica 65 - 68
ANEXO E – Preços de materiais descartáveis 69 - 72
ANEXO F – Preços de materiais especiais/órteses e próteses 73 - 75
ANEXO G – Preços das dietas 76 - 77
ANEXO H – Preços dos pacotes de Oftalmologia 78 - 80
ANEXO I – Preços dos pacotes de honorários – Urologia 81
ANEXO J – Preços dos pacotes dos testes genéticos 82
ANEXO K – Relação de materiais descartáveis e medicamentos não cobertos pelo credenciante 83 - 86

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as Tabelas, Índices, Valores e Conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital Militar de Área de Recife (H Mil A Recife).

Os procedimentos que não constam do rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não tem cobertura pelo SAMMED/FUSEx/SAMEx-Cmb e PASS.

2. HONORÁRIOS: TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1 REMUNERAÇÃO DOS HONORÁRIOS

Para fins de **remuneração dos honorários** (visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a CBHPM 2016 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos 2016), vide **ANEXO A,** com redutor de 20,77% (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, UCO de R$ 11,35 (onze reais e trinta e cinco centavos) e filme radiológico de R$ 25,00/m² (vinte e cinco reais).

2.2 CONSULTA MÉDICA

A **consulta médica** (Código CBHPM: 1.01.01.01-2) – Consulta em consultório no horário normal ou pré-estabelecido – R$ 110,00 (Cento e dez reais), exceção para: anestesia, subespecialidades e pré-natal.

CONSULTA	VALOR
Consulta Médica – 1.01.01.01-2	**R$ 110,00**

2.3 CONSULTA MÉDICA NA URGÊNCIA

As **consultas em pronto-socorro**, para a especialidade de **PEDIATRIA e consultas em pronto-socorro para outras especialidades**, serão remuneradas conforme tabela abaixo.

Para atendimentos de **URGÊNCIA** e **EMERGÊNCIA** serão remunerados com os adicionais previstos na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

CONSULTA	VALOR
Consulta em pronto-socorro pediatria	**R$ 105,63**
Consulta em pronto-socorro demais especialidades	**R$ 76,82**

No caso da existência de isenção fiscal e tributária advindos de benefícios pela realização de atividades filantrópicas por parte do(s) CREDENCIADO(S), tais vantagens deverão incidir nos parâmetros acordados, visando a vantajosidade da administração pública.

2.3 REMUNERAÇÕES DOS PORTES ANESTÉSICOS:

PORTES	VALORES (R$) ENFERMARIA	VALORES (R$) APARTAMENTO
Consulta pré-anestésica	R$ 189,99	R$ 189,99
0*	R$ 929,61	R$ 1.859,22
1	R$ 370,35	R$ 740,70
2	R$594,06	R$ 1.188,12
3	R$ 929,61	R$ 1.859,22
4	R$ 1.488,87	R$ 2.977,74
5	R$1.936,28	R$ 3.872,56
6	R$ 2.495,54	R$ 4.991,08
7	R$ 2.942,95	R$ 5.885,90
8	R$ 3.390,36	R$ 6.780,72

**Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista*

**Parâmetro de remuneração: CBHPM 2022 com redutor de 29% (apenas como parâmetro de precificacão).

2.4 HORÁRIOS DIFERENCIADOS

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

A regra acima **não** se aplica às visitas médicas e pareceres de rotina aos pacientes internados.

2.5 RETORNO DE CONSULTA AMBULATORIAL

Será considerado retorno e, portanto, **sem emissão** de nova Guia de Encaminhamento **(GE)**, 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 agendar 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 necessário a emissão de nova GE. **Não existe retorno** nos atendimentos em Pronto Socorro.

2.6 REAPLICAÇÃO

Nos procedimentos de litotripsia extracorpórea, ureterolitotripsia extracorpórea e cistolitotripisia extracorpórea, considera-se reaplicação quando o procedimento ocorre em até 3 meses após a primeira aplicação, conforme prescrito na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos).

2.7 VISITA HOSPITALAR

Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista.

2.8 GINECOLOGIA

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

2.9 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 seis meses para um mesmo paciente**. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

2.10 NUTRIÇÃO

Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a **uma consulta a cada 30 (trinta) dias.** Estão incluídas na consulta as **sessões de revisão e controle.** Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

2.11 PSIQUIATRIA

A assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar, sendo necessário autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital.

2.12 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - HOSPITALAR

Para fins de **remuneração dos honorários** (consultas, visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes,

UCO de R$ 11,35 (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R$ 25,00/m²** (vinte e cinco reais).

2.13 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - AMBULATORIAL

Serão remunerados em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, **CBHPM 2010 plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010,** a Unidade de Custo Operacional **(UCO)** será de **R$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos), com acréscimo de **2,89%** no valor total do exame **(EXCETO RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA).** Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações.

Os procedimentos de **RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA** serão remunerados em conformidade com a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010,** a Unidade de Custo Operacional **(UCO)** será de **R$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos) **com redutor de 7% no valor total dos exames.** Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações.

2.14 EXAMES COMPLEMENTARES – SADT - PRESTADOS POR CREDENCIADO NAS INSTALAÇÕES DO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE

Serão remunerados conforme a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010, SEM** o Custo Operacional **(UCO)** e **SEM** o **FILME.** Para exames não constantes nesta tabela, serão utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional **(UCO)** e **SEM** o **FILME.**

O prazo para entrega dos exames realizados serão os seguintes:

- Para exames de **urgência/emergência** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 4h;**
- Para exames **eletivos** de **paciente internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 24h (vinte e quatro horas);**
- Para exames **eletivos** de **paciente não internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 07 (sete) dias corridos.**

2.15 SERVIÇOS DE EMISSÃO DE LAUDOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

O Serviço de **Emissão de Laudos** de Exames Diagnósticos por Imagem realizados **nas instalações do CREDENCIANTE,** pelo serviço de radiologia do HMAR, serão remunerados conforme o porte do exame/procedimento segundo a **CBHPM 2010 – plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010, SEM** o Custo Operacional **(UCO)** e **SEM** o **FILME,** com o **redutor de 30%** (trinta por cento). Para exames e/ou procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, **SEM o Custo Operacional (UCO)** e **SEM** o **FILME,** com o **redutor de 30%** (trinta por cento).

O prazo para entrega dos laudos dos exames realizados no HMAR serão os seguintes:

- Para exames de **urgência/emergência** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 4h (quatro horas);**
- Para exames **eletivos de paciente internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 24h (vinte e quatro horas);**
- Para exames **eletivos de paciente não internado** o CREDENCIADO deverá entregar **em até 07 (sete) dias corridos;**

2.16 PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DE MEDICINA LABORATORIAL

Para fins de **remuneração dos honorários** (consultas, visitas hospitalares, procedimentos médicos, ambulatoriais e hospitalares, eletivos e de urgências, exames laboratoriais e de imagem) será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, **UCO de R$ 11,35** (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R$ 25,00/m²** (vinte e cinco reais).

2.17 PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

Para fins de **remuneração dos honorários** será pago conforme a **CBHPM 2010 plena, ANEXO B, com valores de outubro de 2010,** a Unidade de Custo Operacional **(UCO)** será de **R$ 12,00** (doze reais) e o valor a ser pago por metro quadrado do **filme** será de **R$ 21,70** (vinte e um reais e setenta centavos), com acréscimo de **2,89%** no valor total do exame.

TABELA DE VALORES DE ANATOMIA PATOLÓGICA		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**
4.06.01.11-0	Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block"	R$ 70,70
4.06.01.13-7	Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncótica	R$ 35,35
4.06.01.15-3	Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados	R$ 227,38
4.06.01.17-0	Procedimento diagnóstico em painel de imunoistoquímica (duas a cinco reações)	R$ 548,40
4.06.01.18-8	Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolada	R$ 291,17
4.06.01.19-6	Procedimento diagnóstico em fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia, acondicionados em um mesmo frasco	R$ 155,36
4.06.01.20-0	Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples	R$ 120,79
4.06.01.21-8	Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa	R$ 155,36
4.06.01.22-6	Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens	R$ 70,70
4.06.01.25-0	Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5	R$ 70,70
4.06.01.26-9	Coloração especial por coloração	R$ 35,35
4.06.01.27-7	Procedimento diagnóstico em imunofluorescência	R$ 548,40

2.18 PACOTE PARA EXAME PEROPERATÓRIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA (BIÓPSIA POR CONGELAÇÃO)

Procedimentos diagnósticos peroperatórios com deslocamento do patologista (biópsia por congelação) – código CBHPM 4.06.01.03-0	R$ 2.321,90
Fornecimento de técnica para cito em base líquida	R$ 40,00

Fornecimento de técnica para imunoistoquímica (por anticorpos)	R$ 80,00

3. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS E RADIOFÁRMACOS

Os **medicamentos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento, serão pagos preferencialmente os genéricos, Preço de Fábrica (PF) com **acréscimo** de 20% (vinte por cento) para OCS que exerçam atividades de filantropia e Preço de Fábrica (PF) com acréscimo de 30% (trinta por cento) para as demais OCS. O valor de ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Os **quimioterápicos** e **imunobiológicos** serão remunerados conforme dose fracionada consumida, exceto para drogas sem estabilidade ou com estabilidade de até 24 horas. Em caso de drogas que tenham estabilidade adequada para segunda infusão, será cobrado pela quantidade consumida. Os **quimioterápicos** e **imunobiológicos** constantes na relação de medicamentos oncológicos isentos de ICMS devem ser considerados para fins de orçamento e quando não existir nesta relação, serão pagos preferencialmente os genéricos, Preço de Fábrica (PF) + 20% (vinte por cento).

Os **radiofármacos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento.

Medicamentos de valor monetário superior a R$ 700,00 (setecentos reais) necessitam de aprovação pelo médico auditor do CREDENCIANTE.

4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Será considerado o **ANEXO E – Preços de materiais descartáveis**. Para os materiais descartáveis não constantes no Referencial acordado (Anexo E), serão remunerados conforme negociação entre as partes considerando os valores de mercado ou Revista Simpro Nº 117 Agosto/Setembro 2018, **sem margem de comercialização.**

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R$ 700,00 (setecentos reais)** necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Os **fios cirúrgicos** e **curativos** serão remunerados conforme valores da revista Simpro/Brasíndice relativa ao mês da realização do procedimento, **sem margem de comercialização**.

5. DIETA ENTERAL E PARENTERAL

Serão remuneradas de acordo com o **ANEXO G - Preços das dietas** deste referencial. Para as dietas não constantes no Referencial acordado (ANEXO G), serão remuneradas conforme Brasíndice vigente, com redutor de 50% (cinquenta por cento).

6. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Será considerado o **ANEXO F – Preços de materiais especiais/órteses e próteses.**

Quando os OPME's não constarem no Referencial acordado **(ANEXO F)**, o CREDENCIADO deverá apresentar **03 (três) orçamentos distintos,** considerando os valores de mercado/Simpro, que serão

submetidos à auditoria prévia e, após autorizados, será pago o de menor valor, com **margem de comercialização de 15% (quinze por cento)**.

Quando os Materiais Especiais, Órteses e Próteses forem fornecidos aos Hospitais pelo FUSEX, será pago uma taxa de Manutenção/Guarda, correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o valor dos mesmos.

Em hipótese alguma o CREDENCIADO poderá cobrar dos beneficiários do Sistema SAMMED/FUSEx/SAMEx-Cmb/PASS qualquer valor relacionado à utilização de OPME.

É expressemente proibida a substituição ou troca do OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no relatório cirúrgico. Em caso de substituição ou troca de OPME motivada por intercorrência médica ou uso de **OPME extra-pacote** em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, o CREDENCIADO deverá apresentar ao CREDENCIANTE, em até **72 (setenta e duas) horas úteis** após o uso, a justificativa técnica para devida análise e autorização, fora deste prazo será considerado glosa administrativa, não passível de recurso.

Os **procedimentos cirúrgicos eletivos** só poderão ser agendados pelo CREDENCIADO após a liberação do CREDENCIANTE.

O CREDENCIADO deverá fazer constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização do OPME liberado com a descrição do seu uso no relatório cirúrgico.

7. GASOTERAPIA, TAXAS DE SALAS, TAXA DE SALA CIRÚRGICA, DIÁRIAS HOSPITALARES, TAXAS AMBULATORIAIS, TAXA PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

A gasoterapia ambulatorial ou hospitalar será remunerada conforme o **ANEXO C – Preços de diárias e taxas hospitalares.**

Não será permitida a cobrança de taxa de sala para **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)** e **tratamentos especializados realizados à beira do leito**.

8. ACOMODAÇÕES

Os BENEFICIÁRIOS têm direito aos padrões de acomodações hospitalares na seguinte prioridade:

I - **para oficiais e seus dependentes**
- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo

II - **para subtenentes e sargentos e seus dependentes**
- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

III - **para cabos, taifeiros e soldados**
- a) enfermaria de até três leitos; e
- b) enfermarias gerais.

IV - **para dependentes de cabos, soldados e taifeiros**
- a) quarto semiprivativo; e
- b) enfermaria de até seis leitos.

V - **para ex-combatentes e seus dependentes**
- a) quarto privativo;
- b) quarto semiprivativo; e
- c) enfermaria de até seis leitos.

VI - **para servidores civis e seus dependentes**

O padrão a que fazem jus é definido pela correlação estabelecida na Portaria Cmt Ex Nr 396, de 16 Jun 08, alterada pela Portaria Nº 226 de 14 Mar 16:

Cargos ou funções de Servidores Civis	Padrão de Acomodação
- Consultor Jurídico do Comando do Exército - Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100) - Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial - Professor de Ensino Superior - Titular e Associado - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial - Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classe Titular - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior - Advogado da União - Categoria Especial e Primeira Categoria - Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B" - Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar - Professor de ensino Fundamental e Médio - Classe "C", "D" - Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classes "DI", "DII", "DIII", e "DIV". - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto. - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II - Advogado da União - Segunda Categoria	**Correspondente ao de Oficiais (I) -** Oficial General, Coronel, Tenente-Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Asp a Oficial.
- Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial - Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III - Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	**Correspondente ao de subtenentes e sargentos (II).**
- Cargos de Nível Auxiliar – Classes "A", "B", "C" e Especial.	**Correspondente ao de Cabos (III).**

9. TERAPIAS MULTIDISCIPLINARES

9.1. NUTRIÇÃO

O atendimento/consulta de Nutrição terá a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Nutrição será remunerado conforme abaixo:

PROCEDIMENTO	VALOR (R$)
Consulta em Consultório	R$ 53,55
Consulta em Domicílio	R$ 74,55

9.2 FONOAUDIOLOGIA

As sessões de Fonoaudiologia terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Fonoaudiologia será remunerado conforme abaixo:

PROCEDIMENTO	VALOR ALTA
Consulta/Avaliação	R$ 66,16
Sessão	R$ 77,84
Sessão Domiciliar	R$ 87,15

9.3. TERAPIA OCUPACIONAL

As sessões de Terapia Ocupacional terão a duração de **50 minutos.**

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

As sessões de Terapia Ocupacional serão remuneradas conforme Tabela abaixo:

PROCEDIMENTO	VALOR (R$)
Atendimento Hospitalar	R$ 32,42
Atendimento Ambulatorial	R$ 32,42
Atendimento Domiciliar	R$ 64,85

9.4. FISIOTERAPIA HOSPITALAR, AMBULATORIAL E DOMICILIAR

As sessões de fisioterapia terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

A fisioterapia domiciliar contempla fisioterapia respiratória e fisioterapia motora.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE, que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

No atendimento de fisioterapia hospitalar em **apartamento ou enfermaria** será permitida a cobrança de **01 (uma)** sessão de fisioterapia respiratória e **01 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia, compatíveis com a patologia. Em **UTI adulto e pediátrico** (maior de 1 ano) será permitida a cobrança de **3**

(três) sessões de fisioterapia respiratória e **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.
As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme tabela abaixo:

9.4.1 FISIOTERAPIA HOSPITALAR

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
2.02.03.04-7	Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado	R$ 43,15
2.01.03.44-1	Assistência fisiátrica em paciente com ventilação mecânica	R$ 54,00
2.01.03.44-1	Paraparesia/tetraparesia	R$ 36,00
	Consulta hospitalar em fisioterapia	R$ 61,00
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar no pré e pós-cirúrgico e em recuperação de tecidos	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar por alterações endocrinometabólicas	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho genitourinário, reprodutor e/ou proctológico	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico	R$ 47,40
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória	R$ 54,00
	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória	R$ 47,40
	Eletroestimulação transcutânea	R$ 121,00
	Determinação das pressões respiratórias máximas (PI máx e PE máx)	R$ 44,00
	Dinamometria (Avaliação da função muscular por movimento com equipamento mecânico)	R$ 48,40
	Medida do pico de fluxo de tosse (Peak Flow)	R$ 32,20

9.4.2 FISIOTERAPIA AMBULATORIAL E DOMICILIAR

PROCEDIMENTO	VALOR (R$)
Consulta Ambulatorial	R$ 47,30
Consulta Domiciliar	R$ 47,30
NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção neurofuncional, paciente independente ou com dependência parcial (ambulatorial)	R$ 31,50
NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - Disfunção neurofuncional, paciente com dependência total (ambulatorial)	R$ 56,80
NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial (ambulatorial)	R$ 31,50
NÍVEL DE COMPLEXIDADE II -Disfunção locomotora, paciente com dependência total (ambulatorial)	R$ 47,30
NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, em grupo (ambulatorial)	R$ 25,20
NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, de forma individualizada (ambulatorial)	R$ 47,30
NÍVEL DE COMPLEXIDADE - Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamento), necessitando de assistência ventilatória.	R$ 47,30
NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, em grupo - NÍVEL AMBULATORIAL	R$ 25,20
NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, de forma individualizada - NÍVEL AMBULATORIAL	R$ 47,30
NÍVEL DE COMPLEXIDADE III - Disfunção do sistema cardiovascular, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos) NÍVEL HOSPITALAR	R$ 37,85

NÍVEL DE COMPLEXIDADE II: Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações (ambulatorial)	R$ 47,30
Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema nervoso central e/ou periférico	R$ 79,40
Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema locomotor (musculoesquelético)	R$ 66,20
Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema respiratório	R$ 66,20
Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema cardiovascular	R$ 66,20
Atendimento fisioterapêutico ambulatorial e/ou domiciliar nas disfunções do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário e proctológico)	R$ 66,20
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) – Individual	R$ 47,30
Reeducação Postural Global	R$ 63,05
Biofeedback	R$ 148,20

9.5. PSICOLOGIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

O atendimento em Psicologia terá a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

O atendimento na área de Psicologia será remunerado conforme abaixo:

PROCEDIMENTO	VALOR
Consulta/Avaliação	R$ 66,17
Sessão	R$ 77,84
Sessão Familiar	R$ 87,15
Psicopedagogia (Sessão)	R$ 63,00
Sessão em Domicílio	R$ 74,55

9.6. ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

TERAPIA	VALOR
CONSULTA/SESSÃO DE FONOAUDIOLOGIA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL	1x / semana / mês – R$ 580,00
	2x / semana / mês – R$ 1.200,00
	3x / semana / mês – R$ 1.800,00
	4x / semana / mês – R$ 2.400,00
	5x / semana / mês – R$ 2.900,00
CONSULTA/SESSÃO DE PSICOLOGIA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE PSICOPEDAGOGIA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE EQUOTERAPIA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE MUSICOTERAPIA	1x / semana / mês – R$ 400,00
	2x / semana / mês – R$ 880,00
	3x / semana / mês – R$ 1.350,00
	4x / semana / mês – R$ 1.800,00
	5x / semana / mês – R$ 2.200,00
CONSULTA/SESSÃO DE NUTRICIONISTA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL	1x / semana / mês – R$ 580,00
	2x / semana / mês – R$ 1.200,00
	3x / semana / mês – R$ 1.800,00

	4x / semana / mês – R$ 2.400,00
	5x / semana / mês – R$ 2.900,00
CONSULTA/SESSÃO DE PSICOMOTRICIDADE	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
CONSULTA/SESSÃO DE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA PEDIÁTRICA	1x / semana / mês – R$ 500,00
	2x / semana / mês – R$ 1.000,00
	3x / semana / mês – R$ 1.550,00
	4x / semana / mês – R$ 2.000,00
	5x / semana / mês – R$ 2.400,00
PACOTE DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM ABA Profissional da área de saúde nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiologia, psicopedagogo, fisioterapeuta) especializado em Análise do Comportamento (ABA), que faz parte da equipe Multidisciplinar que acompanha a criança em seu tratamento médico/terapêutico. **Obs.: não compreende o serviço acima descrito o acompanhamento especializado (corresponde ao profissional de educação especial), sendo este de responsabilidade exclusiva da escola.**	1x / semana / mês – R$ 400,00
	2x / semana / mês – R$ 880,00
	3x / semana / mês – R$ 1.350,00
	4x / semana / mês – R$ 1.800,00
	5x / semana / mês – R$ 2.200,00
	20x / semana / mês – R$ 8.800,00

Conforme o estabelecido na Portaria N° 186-DGP, de 16 de AGOSTO DE 2019, as terapias complementares contemplam o atendimento nas áreas de psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, equoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais (métodos: ABA, Bobath, PROMPT, PECS, Kuevas Medek Exercises, TEACCH, PECS, SCERTS Model, Terapia de Integração Sensorial e TheraSuit).

Para atendimento aos beneficiários contemplados por esta portaria, não haverá limites estabelecidos para o número de sessões das terapias complementares. Os métodos de terapias especiais serão considerados inclusos em uma ou mais das áreas de terapias complementares.OBS: O VALOR DAS SESSÕES DE TERAPIA (FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOMOTRICIDADE) CONTEMPLA A SUPERVISÃO ABA QUANDO SE FIZER NECESSÁRIA.

10. ODONTOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Os procedimentos em cirurgia bucomaxilofacial serão remunerados conforme os critérios adotados no item 2. – Honorários.

11. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR R$	INSTRUÇÕES
500111006	Levantamento radiográfico/periapical completo	R$ 108,00	Composto por 10 radiografias periapicais e 4 interproximais. Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011001	Radiografia periapical	R$ 9,00	-
50011002	Radiografia interproximal - Bite-Wing	R$ 9,00	-
50011003	Radiografia oclusal	R$ 25,00	-
50011004	Radiografia Póstero-Anterior	R$ 35,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
-	Modelo Ortodôntico Digital 3D	R$ 48,00	Modelos de estudo digitalizados para Ortodontia e/ou Cirurgia Ortognática. Só deve ser solicitado por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. Não devem ser considerados para implantes
50011005	Radiografia da ATM - série completa (3 incidências)	R$ 92,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011006	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (Ortopantomografia)	R$ 42,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011008	Telerradiografia	R$ 33,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011007	Telerradiografia com traçado cefalométrico	R$ 55,00	**Com 2 traçados cefalométricos.** Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011009	RX mão e punho - carpal	R$ 38,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
50011012	Fotografias	R$ 8,00	**Valor unitário.** No **máximo de 8** (oito). Devem ser **entregues impressas e em CD.** Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA, CBMF e/ou IMPLANTODONTIA.
500081019	Traçado cefalométrico	R$ 12,00	Somente **para traçado adicional (máximo de 1)** solicitado por especialista em ORTODONTIA.

-	Documentação Ortodôntica Básica	R$ 127,00	Inclui **panorâmica, telerradiografia c/ análise cefalométrica** (2 traçados), **modelos de estudo c/ discrepância, 8 fotos** (03 extrabucais: frente, perfil, perfil sorrindo e 05 intrabucais: 02 laterais e 01 frontal, 02 oclusais), **CD com as imagens, caixa para modelos** e **pasta para as fichas**. Somente em laboratório de radiologia especializado.
-	Documentação Ortodôntica completa	R$ 152,00	Documentação Ortodôntica Básica + Modelo Ortodôntico Digital 3D
50011162	Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM **(para ATM)**	R$ 165,00	Só considerada quando solicitada por especialista em DTM ou CBMF. Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011159	Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM (**1 arco dental**)	R$ 183,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011160	Tomografia Computadorizada por feixe cônico - CONE BEAM (**2 arcos dentais**)	R$ 307,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011010	Modelos ortodônticos (par)	R$ 52,00	**Modelos de estudo para Ortodontia** (jogo articulado AS/AI) e/ou **Cirurgia Ortognática**. Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. **Não** devem ser considerados para implantes.
-	Protocolo SEG Completo (tomográfico) Tomografia de crânio total + 10 fotografias + modelo de estudo	R$ 485,00	Somente em laboratório de radiologia especializado.
-	Protocolo Dolphin (tomográfico) Tomografia de crânio total + 01 foto	R$ 502,00	Para planejamento de cirurgia ortognática
-	Protocolo de Planejamento de cirurgia ortognática (tomográfico) - Tomografia de crânio total + Digitalização dos modelos em oclusão + 3 fotos + planejamento computadorizado	R$ 1.482,00	-

	Dolphin + guias cirúrgicos (1 ou 2)		
-	Modelos Prototipados - esteriolitográfico - mandíbula ou maxila completa	R$ 650,00	-
-	Modelos Prototipados - esteriolitográfico - maxila e com articulação (base do crânio)	R$ 2.048,00	-

OBSERVAÇÕES:

1. Para a realização dos exames será necessário o pedido **assinado e carimbado pelo profissional que solicitou, com CRO** e **identificação legíveis**;

2. Exames que **não permitam a boa visualização** do caso e/ou com **baixa qualidade de processamento serão glosados**;

3. No caso de necessidade de Auditoria, enviar **todas as radiografias para o Auditor**;

4. As **Guias de Encaminhamento** deverão ser encaminhadas para a lisura na Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE, obrigatoriamente, com o **pedido do exame em anexo**.

12. ATENDIMENTO EM HOME CARE

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios das Normas Técnicas sobre a Atenção Domiciliar do Exército Brasileiro - NEAD.

A **inclusão**, a **classificação**, a **mudança de complexidade**, assim como a **alta do paciente** do sistema domiciliar, será sempre mediante avaliação do médico auditor militar.

O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

A indenização será através de diária global, conforme descrito abaixo:

HOME CARE		
DIÁRIA	**DESCRIÇÃO**	**VALOR**

ALTA COMPLEXIDADE (enfermagem 24 horas) **COM RESPIRADOR**	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	R$ 1.595,28
ALTA COMPLEXIDADE (enfermagem 24 horas) **SEM RESPIRADOR**	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	R$ 1.483,62
MÉDIA COMPLEXIDADE (enfermagem 12 horas)	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	R$ 842,32

BAIXA COMPLEXIDADE (enfermagem 6 horas)	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen, honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administradas por sonda, curativos industrializados, radiografias em domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais) por medicamento e por dia**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época do atendimento. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	R$ 440,30
Medicação de 4/4 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento.*	R$ 221,32
Medicação de 6/6 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento.*	R$ 172,15
Medicação de 8/8 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento.*	R$ 147,55
Medicação de 12/12 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento.*	R$ 110,65
Medicação de 24/24 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento.*	R$ 61,50

Obs.: INCLUI-SE ainda no valor da diária de todos os pacotes os seguintes itens:

a. Identificação do paciente, documentação clínica do paciente, preparo do corpo e maleta de urgência;

b. Montagem, desmontagem e transporte do Home Care;

c. Transporte dos equipamentos, medicamentos e materiais;

d. Remoções, admissões e transferências;

e. Coleta e recolhimento de exames laboratoriais;

f. Antissepsia e assepsia de equipamentos e materiais;

g. Cuidados integrais da equipe de enfermagem;

h. Coleta de lixo hospitalar;

i. Materiais descartáveis para o manuseio e descarte de insumos de saúde;

j. Materiais permanentes: aparador masculino (papagaio), feminino (comadre), aparadeira, bacia de inox, bandeja de inox, cuba rim, estetoscópio, fluxômetro, aparelho de glicemia, cama hospitalar, grade, escadinha, suporte de soro, poltrona, cadeira de rodas e cadeira higiênica, Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

k. Qualquer tipo de colchão e seu protetor,

l. Andador, muletas e bengalas;

m. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPIs), algodão, compressa cirúrgica, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI (Polivinil Pirrolidona Iodo), clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, e outros;

n. Nebulizador;

o. Aspirador de qualquer tipo;

p. Bandeja de curativo e de sondagem vesical;

q. Bomba de Infusão;

r. Gerador de energia, filtro de linha e adaptador de tomada;

s. Foco luminoso;

t. Mesas cirúrgicas auxiliares;

u. Mobiliário para acondicionamento dos medicamentos, materiais, equipamentos;

v. Nebulização, aspiração de vias aéreas, oxigenoterapia (cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP ou LTV 1000), oxímetro de pulso, monitor cardíaco (inclusiva arruelas);

w. Intercorrência médica, visita médica do especialista, radiologia em domicílio, hemotransfusão.

Os **medicamentos** serão remunerados conforme este Referencial de Preços.

13. ASSISTÊNCIA TÉCNICA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR

Quanto aos serviços de **Assistência técnica de enfermagem domiciliar** serão prestados sob supervisão e coordenação do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) do Hospital Militar de Área de Recife, para complementar e/ou suplementar a sua Equipe de Atendimento Domiciliar.

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios das Normas Técnicas sobre a Atenção Domiciliar do Exército Brasileiro - **NEAD**.

Serão considerados de **baixa complexidade** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação por via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

Serão considerados de **média complexidade** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, nenhuma ou única lesão com curativo simples, sem uso de ventilação mecânica invasiva ou não, medicação parenteral ou hipodermóclise até 5 (cinco) vezes ao dia, sem necessidade de aspiração de vias aéreas e escala de KATZ independente.

Serão considerados de **alta complexidade com dependência parcial** os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos simples ou lesão única com curativo complexo, necessidade de aspiração de vias aéreas mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia intermitente ou contínua, ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por até 12 (doze) horas e escala de KATZ dependência parcial.

Serão considerados de **alta complexidade com dependência total**, os atendimentos a pacientes com alimentação ou medicação via enteral, gastrostomia ou jejunostomia, múltiplas lesões com curativos complexos, necessidade de aspiração de vias aéreas por mais de 5 (cinco) vezes ao dia, medicação intravenosa ou hipodermóclise mais de 4 (quatro) vezes ao dia, medicações intravenosas ou hipodermóclise até 4 (quatro) vezes ao dia, alimentação parenteral até 12 (doze) horas, uso de oxigenioterapia contínuo ou ventilação mecânica contínua, invasiva ou não, por mais de 12 (doze) horas ao dia e escala de KATZ dependente total.

A **inclusão**, a **classificação**, a **mudança de complexidade**, assim como a **alta do paciente** do sistema domiciliar, será sempre mediante avaliação do médico auditor militar.

O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

13.1 TABELAS E ÍNDICES

A indenização da Assistência Técnica de Enfermagem Domiciliar será conforme descrito abaixo:

Ord	CONTRATO ATUAL	VALOR
1	Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 6 horas para pacientes de baixa, média e alta complexidade. C/ dependência parcial.	R$ 91,10
2	Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – **DIURNO,** para pacientes de baixa, média e alta complexidade c/ dependência parcial.	R$ 137,95
3	Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – **NOTURNO,** para pacientes de baixa, média e alta complexidade c/ dependência parcial.	R$ 156,15
4	Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – **DIURNO,** para pacientes de alta complexidade c/dependência total.	R$ 140,55
5	Atendimento Técnico de Enfermagem Domiciliar por 12 horas – **NOTURNO,** para pacientes de alta complexidade c/dependência total.	R$ 162,67

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial, terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens 2 e 3, no que couber, e mediante negociação.

14. PACOTES

1. HONORÁRIOS DE PACOTES DE SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, CIRURGIA CARDIOVASCULAR E CIRURGIA TORÁCICA

1.1. HONORÁRIOS DE PACOTE DE SERVIÇOS DE HEMODINÂMICA - ANEXO I

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR (R$)
Consulta Cardiologista		R$ 130,00
Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia	3.09.11.07-9	R$ 1.851,91
Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia e de Revascularização Cirúrgica do Miocárdio	3.09.11.05-2	R$ 2.223,83
Cateterismo E e/ou D com cinecoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos toracoabdominais e/ou membros	3.09.11.08-7	R$ 1.817,38
Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)	3.09.12-10-5	R$ 4.242,34
ATP de Bifurcação e de Tronco com implante de Stent	3.09.12.26-1	R$ 5.470,05
Angioplastia Transluminal Coronária de Múltiplos Vasos + Implante de stents	3.09.12.03-2	R$ 5.088,06
Recanalização arterial no IAM - Angioplastia Primária com implante de stent com ou sem suporte circulatório (BIA)	3.09.12.18-0	R$ 7.371,59
Cateterismo no IAM (50%)	3.09.11.07-9	R$ 1.683,55
TOTAL: CAT + ATCP com STENT (IAM):	-	R$ 8.385,00
Valvoplastia Percutânea por via transeptal	3.09.12.25-3	R$ 3.856,67
Marcapasso temporário à beira do leito	3.09.04.09-9	R$ 908,70
Colocação de Balão intraórtico	3.09.05.01-0	R$ 476,84
Estudo Ultrassonográfico Intravascular	3.09.11.14-1	R$ 1.683,55
Avaliação Fisiológica da Gravidade de Obstruções (cateter ou guia)	3.09.11.02-8	R$ 792,44
Cateterismo de câmaras D-E com ou sem cineangiografia com avaliação da reatividade vascular pulmonar ou teste de sobrecarga hemodinâmica	3.09.11.04-4	R$ 2.008,01

Cateterismo Cardíaco Direito com Estudo Angiográfico da Artéria Pulmonar	3.09.11.06-0	R$ 792,44
Cateterismo Cardíaco Esquerdo e Estudo Angiográfico da Aorta e/ou Ramos	3.09.11.09-5	R$ 792,44
Cateterismo Cardíaco Esquerdo por Via Transeptal	3.09.11.10-9	R$ 792,44
Estudo Hemodinâmico das Cardiopatias Congênitas Estruturalmente Complexas	3.09.11.12-5	R$ 2.256,69
Estudo Hemodinâmico de Cardiopatias Congênitas e/ou Valvopatias com ou sem Cinecoronariografia ou Oximetria	3.09.11.13-3	R$ 2.038,44
Atriosseptostomia por Balão	3.09.12.05-9	R$ 2.270,56
Atriosseptostomia por Lâmina	3.09.12.06-7	R$ 3.011,37
Emboloterapia	3.09.12.07-5	R$ 3.011,37
Implante de Prótese Intravascular na Aorta/Pulmonar ou Ramos com ou sem Angioplastia	3.09.12.09-1	R$ 4.599,94
Oclusão Percutânea de shunts intracardíacos	3.09.12.12-1	R$ 5.336,77
Oclusão Percutânea de Fístulas e/ou Conexões Sistêmico-Pulmonares	3.09.12.13-0	R$ 4.144,35
Oclusão Percutânea de Canal Arterial	3.09.12.14-8	R$ 4.104,78
Implante Transcateter TAVI	3.09.12.29-6	R$ 20.984,39
Valvoplastia Percutânea por via arterial ou venosa	3.09.12.24-5	R$ 3.545,16

1.2. HONORÁRIOS DE SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR - ANEXO II

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR (R$)
Revascularização do Miocárdio	3.09.03.02-5	R$ 20.368,64
Tratamento Cirúrgico Valvar	3.09.02.05-3	R$ 19.134,20
Aneurisma de VE	3.09.03.01-7	R$ 18.140,12
Multivalvar	3.09.02.02-9	R$ 20.627,07
RVM+ Troca Valvar	3.09.03.02-5/ 3.09.02.05-3	R$ 24.576,92
RVM + Aneurisma de VE	3.09.03.02-5 3.09.03.01-7	R$ 24.576,92

Aneurisma e Dissecções Torácicos	3.09.06.08-3	R$ 27.818,10
Aneurisma e Dissecções + RVM e/ou Troca Valvar	3.09.06.08-3 3.09.03.02-5 3.09.02.05-3	R$ 32.505,23
Cardiopatia Congênita s/ CEC	3.09.01.10-3	R$ 17.679,64
Cardiopatia Congênita Simples	3.09.01.07-3	R$ 18.140,12
Cardiopatia Congênita Complexa	3.09.01.09-0	R$ 29.024,18

1.3. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE CIRURGIA TORÁCICA – ANEXO III

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	ABERTA OU VÍDEO
PULMÃO	**3.08.03.00-4**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 1)	-	-
Lobectomia pulmonar	-	R$ 11.033,77
Pneumectomia (pneumonectomia)	-	R$ 11.033,77
Segmentectomia (qualquer técnica)	-	R$ 11.033,77
Bulectomia unilateral	-	R$ 11.033,77
Metastectomia unilateral	-	R$ 11.033,77
Cirurgia redutora do volume unilateral (qualquer técnica)	-	R$ 11.033,77
Embolectomia pulmonar	-	R$ 11.033,77
Tromboendarterectomia pulmonar	-	R$ 11.033,77
Correção de fístula broncopleural (qualquer técnica)	-	R$ 11.033,77
Cisto pulmonar congênito - tratamento cirúrgico	-	R$ 11.033,77

PULMÃO MÉDIO	3.08.03.13-6	VALOR (R$)

DESCRIÇÃO (GRUPO 1)	-	-
Pneumorrafia	-	R$ 5.516,88
Pneumostomia (cavenostomia) com costectomia e estoma cutâneo – cavitário	-	R$ 5.516,88
Posicionamento de agulhas radiativas por toracotomia (braquiterapia)	-	R$ 5.516,88
Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar	-	R$ 5.516,88

MEDIASTINO	**3.08.05.00-7**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 2)	-	-
Ressecção de tumor de mediastino	-	R$ 10.243,73
Timectomia (qualquer via)	-	R$ 10.243,73
Ressecção de bócio intratorácico	-	R$ 10.243,73
Linfadenectomia mediastinal	-	R$ 10.243,73
Ligadura do ducto torácico (qualquer via)	-	R$ 10.243,73
Ligadura das artérias brônquicas p/controle de hemoptise por toracotomia	-	R$ 10.243,73
Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica - tratamento cirúrgico	-	R$ 10.243,73
Tratamento cirúrgico da mediastinite (qualquer via)	-	R$ 10.243,73

MEDIASTINO MÉDIO	**3.08.05.23-6**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 2)	-	-
Retirada de corpo estranho do mediastino	-	R$ 6.293,54
Mediastinoscopia, via cervical	-	R$ 6.293,54
Mediastinostomia via paraesternal, transesternal, cervical	-	R$ 6.293,54
Biópsia de tumor do mediastino (qualquer via)	-	R$ 6.293,54

PLEURA	3.08.04.00-0	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 3)	-	-
Decorticação pulmonar (pleura)	-	R$ 7.900,38
Ressecção de tumor da pleura		R$ 7.900,38
Pleurectomia		R$ 7.900,38
Pleurodese (qualquer técnica)	-	R$ 7.900,38
Pleuroscopia	-	R$ 7.900,38
Tratamento operatório da hemorragia intrapleural	-	R$ 7.900,38

PLEURA MEDIO	3.08.04.20-5	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 3)	-	-
Pleurostomia (qualquer via)	-	R$ 4.686,67
Repleção da cavidade pleural c/ solução de antibiótico para tratamento de empiema	-	R$ 4.517,28
Tenda pleural	-	R$ 4.517,28

SIMPATECTOMIA	3.14.03.34-4	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 4)	-	-
Simpatectomia	-	R$ 7.900,38

PAREDE TORÁCICA	3.06.01.00-2	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 5)	-	-
Toracoplastia (qualquer técnica)	-	R$ 7.900,38
Reconstrução de parede torácica	-	R$ 7.900,38

Esternectomia (total)	-	R$ 7.900,38
Toracectomia	-	R$ 7.900,38
Correção de deformidades da parede torácica	-	R$ 7.900,38
DIAFRAGMA	**3.08.06.00-3**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 6)	-	-
Eventração diafragmática - tratamento cirúrgico	-	R$ 9.373,72
Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico	-	R$ 9.373,72
Ressecção de tumor do diafragma e reconstrução	-	R$ 9.373,72

DIAFRAGMA MÉDIO	**3.08.06.04-6**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 6)	-	-
Implante de marcapasso diafragmático definitivo	-	R$ 5.376,84

DIAFRAGMA MÉDIO	**3.08.06.04-6**	**VALOR (R$)**
TRAQUEIA/BRÔNQUIOS	**3.08.01.00-1**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 7)	-	-
Ressecção de tumor traqueal	-	R$ 10.753,69
Fistula traqueoesofágica - tratamento cirúrgico via torácica	-	R$ 10.753,69
Traqueoplastia (qualquer via)	-	R$ 10.753,69
Tratamento cirúrgico da estenose laringotraqueal	-	R$ 10.753,69

TRAQUEIA/BRÔNQUIOS/MÉDIO	**3.08.01.02-8**	**VALOR (R$)**
DESCRIÇÃO (GRUPO 7)	-	-
Colocação de prótese traqueal ou traqueobrônquica	-	R$ 5.516,88
Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica	-	R$ 5.516,88
Fechamento de fístula traqueocutânea	-	R$ 5.516,88
BRÔNQUIOS	**3.08.02.00-8**	**VALOR (R$)**

DESCRIÇÃO (GRUPO 8)	-	-
Ressecção carinal (traqueobrônquica)	-	R$ 11.033,77
Broncotomia e/ou broncorrafia	-	R$ 11.033,77
Broncoplastia e/ou arterioplastia	-	R$ 11.033,77

PROCEDIMENTOS DIFERENCIADOS	CÓDIGO	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 9)	-	-
Implante de CVC por punção para NPT, hemodepuração, infusão soros/drogas	3.09.13.01-2	R$ 1.580,07
Punção pleural com ou sem biópsia	3.08.04.01-9	R$ 1.580,07
Toracotomia com drenagem pleural fechada	3.08.04.13-2	R$ 1.580,07
Traqueostomia com colocação de órtese ou prótese traqueal	3.08.01.10-9	R$ 5.193,78
Traqueostomia para a troca de cânula	3.08.01.09-5	R$ 1.580,07

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	4.02.02.43-7	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 10)	-	-
Laringoscopia/traqueostomia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível	-	R$ 2.584,35
Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe/faringe (tubo flexível)	-	R$ 2.584,35
Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)	-	R$ 2.584,35
Retirada de corpo estranho no brônquio ou brônquico	-	R$ 2.584,35

RESSECÇÃO DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA	4.02.02.39-9	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 11)	-	-
Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipo/nódulo/papiloma	-	R$ 5.021,42

Laringoscopia/traqueoscopia com laser para exérese de papiloma /tumor	-	R$ 5.021,42
Retirada de tumor ou papiloma por broncoscopia	-	R$ 5.021,42
Desobstrução brônquica com laser ou eletrocautério	-	R$ 5.021,42

DIAGNÓSTICO	4.02.01.03-1	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 12)	-	-
Laringoscopia /traqueoscopia para diagnóstico e Biópsia com aparelho flexível	-	R$ 2.276,40
Broncoscopia com biópsia transbrônquica	-	R$ 2.276,40
Broncoscopia com ou sem biópsia transbrônquica ou lavabo brônquico bilateral	-	R$ 2.276,40
Broncoscopia com biópsia transbrônquica **com acompanhamento radioscópico**	-	R$ 2.276,40

ESTENOSE TRAQUEAL - DILATAÇÃO / DESOBSTRUÇÃO	4.02.02.16-0	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 13)	-	-
Desobstrução brônquica por broncoaspiração	-	R$ 5.423,14
Dilatação de estenose laringo-traqueo-brônquica	-	R$ 5.423,14
Colocação de prótese traqueal ou brônquica	-	R$ 5.423,14
Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico)	-	R$ 5.423,14

OUTROS PROCEDIMENTOS	CÓGIGO	VALOR (R$)
DESCRIÇÃO (GRUPO 14)	-	-
Colocação de cateter para braquiterapia endobrônquica	**4.02.02.10-0**	R$ 2.878,95
Laringoscopia / Traqueoscopia para intubação oro ou nasotraqueal	**4.02.02.44-5**	R$ 5.423,14
Broncoscopia com biópsia transbrônquica com acompanhamento radioscópico	**4.02.02.05-4**	R$ 5.423,14

Ecoendoscopia com punção por agulha	**4.02.02.24-0**	R$ 5.423,14

1.4 REGRAS PARA A APLICAÇÃO DOS PACOTES - CIRURGIA TORÁCICA

01) Para pacotes deverá ser solicitado apenas o código principal.

02) Os Honorários incluem a equipe Cirúrgica: Cirurgião e Assistentes.

03) Será suficiente solicitar o código do grupo do maior procedimento, exceto nas exceções listadas nos Sub-itens "a,b,c,d,e,f" do item 08.

04) Os honorários são independentes se realizados por Vídeo ou por modo Convencional.

05) Os honorários são independentes do plano e/ou acomodação do paciente.

06) Os honorários terão acréscimo de 30% conforme orientação do item 02 das instruções gerais da CBHPM 2016.

07) Estão inclusas as visitas do cirurgião durante 10(dez) dias após o ato cirúrgico. Caso o paciente permaneça além deste tempo, serão cobrados honorários relativos a 01 visita hospitalar por dia.

08) Estão inclusos no procedimento de cada grupo, a Equipe Cirúrgica, Acessos venosos centrais, dissecção de artéria radial, Toracostomia com Drenagem fechada e reoperações por sangramento nas primeiras 24 horas, retirada de drenos torácicos, sendo cobrados apenas 01 procedimento do grupo, havendo as seguintes exceções:

•Procedimentos do Grupo 1 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 1 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 1 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Lobectomia, Pneumectomia, Segmentectomia, Metastasectomia**, uma vez que os outros do grupo 1 não necessitam destes procedimentos adicionais.

•Procedimentos do Grupo 2 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 2 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se**

enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor de Mediastino, uma vez que os outros do grupo 2 não necessitam destes procedimentos adicionais.

•Procedimentos do Grupo 3 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 3 + o código do procedimento adicional a ser realizado,** portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parede, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 3 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor da Pleura,** uma vez que os outros do grupo 3 não necessitam destes procedimentos adicionais.

•No Grupo 5, quando for realizada a Esternectomia e/ou Toracectomia (Ressecção de Parede Torácica), nos casos que necessitem de Reconstrução da Parede Torácica e/ou Ressecção do Diafragma, a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 5 como procedimento principal + o código do procedimento adicional a ser realizado,** portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Reconstrução da Parede ou pós-esternectomia, como a Reconstrução do Diafragma sejam necessárias, deverá ser solicitado como código adicional apenas o da Ressecção Diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 5 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Esternectomia e Toracectomia,** uma vez que os outros do grupo 5 não necessitam destes procedimentos adicionais.

•Procedimentos do Grupo 6 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 6 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5. Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 6 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor Diafragmático,** uma vez que os outros do grupo 6 não necessitam destes procedimentos adicionais.

•Procedimentos Bilaterais serão acrescidos de 70 % do valor do procedimento maior, exceto nas Simpatectomias que serão cobradas apenas o valor relativo ao Grupo 04.

•Quando os procedimentos Endoscópicos (Grupos 10 a 14) estiverem Associados a procedimentos principais (Grupos 1 a 8), apenas 50% do valor será acrescido ao valor do procedimento principal.

09) Casos pré-autorizados não são passíveis de glosa, a menos que o procedimento tenha sido modificado para maior valor em honorários, devido a achados intraoperatórios. Neste caso, a equipe deve comunicar dentro de 02 (dois) dias úteis ao convênio, para que o auditor médico venha constatar, junto com o cirurgião a necessidade da modificação (Exemplo: constatação de invasão de parede necessitando ressecção da mesma, concomitante à cirurgia planejada).

10) Procedimentos realizados em ocasião diferente do ato cirúrgico inicial (EXEMPLOS, Implante de Cateter Venoso Central realizado no 5º dia pós-operatório, toracotomia colocada no 2º pós-operatório) são novos atos cirúrgicos independentes do original e terão cobrança em separado do procedimento inicial, após

solicitação/justificativa ao convênio, devendo o auditor se comunicar com a equipe cirúrgica para rever a indicação caso haja dúvida.

1.5. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE ELETROFISIOLOGIA - ANEXO IV

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	VALOR (R$)
Estudo Eletrofisiológico - Mapeamento Eletroeletrônico Tridimensional - Do sistema de Condução Com Ou Sem Ação Farmacológica	**3.09.18.01-4**	R$ 3.133,70
Mapeamento de Feixes Anômalos e Focos Ectópicos Por Eletro-fisiologia Intracavitária, Com Provas	**3.09.18.02-2**	R$ 3.354,33
Mapeamento eletro-anatômico tridimensional	3.09.18.03-0	R$ 3.972,42
Avaliação do limiar de desfibrilação ventricular	3.09.18.04-9	R$ 942,39
Punção saco pericárdico com introdução de cateter multipolar no espaço pericárdico	**3.09.18.05-7**	R$ 1.265,41
Punção transeptal com introdução de cateter multipolar nas câmaras esquerdas e/ou veias pulmonares	**3.09.18.06-5**	R$ 1.279,70
Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	**3.09.18.07-3**	R$ 7.581,04
Ablação Percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (Fibrilação Atrial, Taquicardia Ventricular, com modificação de cicatriz, Taquicardia Atriais Macroentrantes com modificação de Cicatriz) por energia de radiofrequência.	3.09.18.08-1	R$ 11.566,35

1.6. HONORÁRIOS DE SERVIÇO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL - ANEXO V

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	VALOR (R$)
Implante de marca passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular	30904145	R$ 6.810,87
Implante de marca passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	30904137	R$ 5.394,32
Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos.	30904021	R$ 15.790,51
Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio	30904064	R$ 16.302,55

Troca de gerador	30904129	R$ 5.394,32
Recolocação de eletrodo /gerador com ou sem troca de unidades	30904102	R$ 5.394,20
Retirada do sistema (não aplicável na troca de gerador)	30904110	R$ 4.822,11
Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca passo ou sincronizador ou desfibrilador)	20101201	R$ 467,41
Implante de eletrodo atrial	30904030	R$ 1.906,74
Implante de eletrodo ventricular	30904056	R$ 1.907,04
Implante de eletrodo atrial e ventricular	30904048	R$ 2.097,75
Implante de marca passo	30904080	R$ 1.361,25
Implante de marca passo temporário a beira do leito	30904099	R$ 1.361,25
Implante de marca passo temporário epimiocárdico	30904080	R$ 1.789,19
Manutenção de circuito para assistência mecânica circulatória prolongada - período de 6 horas	30913055	R$ 3.299,82
Implante de cardiodesfibrilador multissítio – TRC-D **Obs.: Autorizado apenas para casos de urgência ou da impossibilidade de evacuação do paciente.**	30904161	R$ 27.289,50

2. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE PEDIATRIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR PACOTE (R$)
Consulta em Consultório	1.01.01.01-2	R$ 184,86 (Reajuste não autorizado)
Consulta de Puericultura + Teste Denver	-----	R$ 280,64 (Reajuste não autorizado)
Consulta de Subespecialidade Pediátrica (Retorno após 30 dias)	-----	R$ 406,46 (Reajuste não autorizado)
ECG – Eletrocardiograma	1.01.03.01-5	R$ 40,42 (Reajuste não autorizado)
Atendimento ao Familiar do Adolescente	1.01.06.03-0	R$ 46,20 (Reajuste não autorizado)
Recém nascido em berçário (enf)	1.01.03.01-5	R$ 376,55
Recém nascido em berçário (apt)	1.01.03.01-5	R$ 753,10

Recém nascido em sala de parto ou operatório de **baixo risco** (enf - eletivo)	1.01.03.02-3	R$ 554,11
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **baixo risco** (apto - eletivo)	1.01.03.02-3	R$ 1.108,23
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **baixo risco** (enf - urg)	1.01.03.02-3	R$ 720,55
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **baixo risco** (apto - urg)	1.01.03.02-3	R$ 1.441,08
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **alto risco** (enf - eletivo)	1.01.03.03-1	R$ 644,36
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **alto risco** (apto - eletivo)	1.01.03.03-1	R$ 1.288,72
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **alto risco** (enf - urg.)	1.01.03.03-1	R$ 837,70
Recém nascido em sala de parto ou operatório de **alto risco** (apto - urg.)	1.01.03.03-1	R$ 1.675,40
Visita hospitalar a paciente internado - ENFERMARIA	1.01.02.01-9	R$ 137,76
Visita hospitalar a paciente internado - APARTAMENTO	1.01.02.01-9	R$ 275,52

3. HONORÁRIOS DE SERVIÇOS DE GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA

PROCEDIMENTO	CÓDIGO	VALOR (R$)
Consulta em consultório com 30 dias de intervalo - ginecologia	10.10.10.12	R$ 138,60
Consulta em consultório com 15 dias de intervalo - obstetrícia	10.10.10.12	R$ 138,60
Colpoplastia posterior com perineorrafia	3.13.02.05-0	R$ 628,60
Curetagem ginecológica semiótica e/ou terapêutica com ou sem dilatação do colo uterino	3.13.03.05-6	R$ 259,50
Histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral – qualquer via	3.13.03.12-9	R$ 1.221,42

Parto - via vaginal	3.13.09.12-7	R$ 893,14
Marsupialização da glândula de bartholin	3.13.01.11-8	R$ 220,95
Curetagem pós abortamento	3.13.09.06-2	R$ 262,96
Cesariana – feto único ou múltiplo	3.13.09.05-4	R$ 841,78
Vulvoscopia	4.13.01.37-4	R$ 53,10
Assistência ao trabalho de parto, por hora – até o limite de 06 horas	3.13.09.03.8	R$ 220,95
Mastectomia radical ou radical modificada – qualquer técnica	3.06.02.14-9	R$ 1.330,40
Mastectomia simples	3.06.02.15-7	R$ 949,15

4. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS ENDOSCÓPICOS E ECOENDOSCÓPICO

Para fins de remuneração dos procedimentos de **Ecoendoscopia** serão utilizados valores **de pacotes,** conforme descritos abaixo. Quando o procedimento não estiver listado nos pacotes abaixo, será pago conforme a **CBHPM 2016, ANEXO A, com redutor de 20,77%** (vinte, setenta e sete por cento) nos portes, **UCO de R$ 11,35** (onze reais e trinta e cinco centavos) e **filme radiológico de R$ 25,00/m²** (vinte e cinco reais).

Poderão ser cobrados até 02 pacotes, o de porte maior, será remunerado 100% e o seguinte em 50%. Os honorários anestésicos referentes a estes procedimentos seguirão esta mesma regra.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
4.02.01.10-4 4.02.01.11-2	**ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA SEM BIÓPSIA** **Incluso:** honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia.	R$ 2.577,70
4.02.02.24-0	**ECOENDOSCOPIA ALTA OU BAIXA COM BIÓPSIA** **Incluso:** honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, 01 (uma) agulha de punção. **Excluso:** honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia.	R$ 5.799,83
4.01.02.07-6	**MANOMETRIA PRÉ PH METRIA** **Incluso:** todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos	R$ 654,86

	os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos. **Excluso:** honorários do anestesista.	
4.01.02.06-8	**MANOMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM OU SEM TESTE PROVOCATIVO – PACOTE COM HONORÁRIO MÉDICO** **Incluso:** todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos. **Excluso:** honorários do anestesista.	R$ 679,57
4.01.02.10-6	**PHMETRIA ESOFÁGICA COMPUTADORIZADA COM CANAIS - PACOTE COM HONORÁRIO MÉDICO** **Incluso:** todos os custos referentes a serviço de diagnose e terapia, todos os materiais, todos os medicamentos, taxas de serviços, taxas de uso de equipamentos, taxa de sala, gasoterapia e todos os honorários médicos. **Excluso:** honorários do anestesista.	R$ 716,64
4.03.03.33-0	**DOSAGEM FECAL DE CALPROTECTINA**	R$ 209,38
Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia) **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.		R$ 594,91
Colonoscopia com Biópsia e/ou Citologia **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.		R$ 708,64
Dilatação de esôfago, estômago ou duodeno com balão dilatador **Incluso:** honorários médicos, balão dilatador e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.		R$ 3.332,10
Dilatação de esôfago, estômago ou duodeno com Sonda Savary (por sessão) **Incluso:** honorários médicos, conjunto de velas de Savary e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.		R$ 1.250,98
Endoscopia Digestiva Alta sem Biópsia **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.		R$ 429,33

Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia e/ou citologia **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 677,07
Esclerose de varizes esofágicas **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.154,01
Gastrostomia endoscópica **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 2.388,23
Hemostasia do cólon (plasma argônio) **Incluso:** honorários médicos, aplicação de plasma de argônio e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 2.160,78
Hemostasia de cólon (injetor de esclerose) **Incluso:** honorários médicos, injetor de esclerose e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.657,38
Hemostasia de esôfago, estômago e ou duodeno (plasma de argônio) **Incluso:** honorários médicos, aplicação de plasma de argônio e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.933,33
Hemostasia de esôfago, estômago e ou duodeno (injetor de esclerose) **Incluso:** honorários médicos, injetor de esclerose e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.154,01
Ligaduras elásticas de varizes esôfagogástricas (por sessão) **Incluso:** honorários médicos, kit de ligaduras elásticas e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 2.937,62
Mucosectomia **Incluso:** honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos	R$ 1.479,69

inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	
Passagem de SNE por via endoscópica **Incluso:** Honorários médicos, sonda nasoenteral e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 849,64
Passagem de sonda por gastrostomia **Incluso:** honorários médicos, sonda BRT e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.250,98
Polipectomia de esôfago, estômago ou duodeno (independente do número de pólipos) **Incluso:** honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 854,20
Polipectomia de cólon (independente do número de pólipos) **Incluso:** honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.113,77
Retossigmoidoscopia flexível **Incluso:** honorários médicos e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 398,03
Retirada de corpo estranho esôfago **Incluso:** honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 889,09
Retirada de corpo estranho do cólon **Incluso:** honorários médicos, alça de polipectomia e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. **Excluso:** honorários do anestesista S/N.	R$ 1.017,61
Colangiopancreatografia Endoscópica retrógrada + Papilotomia endoscópica **Incluso:** honorários médicos, OPME (exceto prótese plástica biliar flexível) e despesas de material e medicamentos inerentes a realização do procedimento. Intensificador de imagem	R$ 12.396,07

Excluso: honorários do anestesista S/N.	
Prótese plástica biliar Flexima	R$ 1.555,67
ENTEROSCOPIA - 4.02.01.14-7 **Inclusões:** 01 diária Honorários médicos (o exame é realizado por 02 médicos) Medicamentos inerentes ao procedimento Taxa de Sala e equipamentos 01 balão para enteroscopia 01 injetor **Exclusões:** Sangue e hemoderivados Honorários do anestesista Despesas de internação (caso necessário) Medicação e material para anestesia Intercorrência Material especial, exceto os mencionados acima.	R$ 10.865,85
ENTEROSCOPIA DO INTESTINO DELGADO COM CÁPSULA ENDOSCÓPICA - 4.02.01.34-1 **Inclusões:** Honorário da equipe Laudo médico Assessórios: cinturão + cápsula endoscópica Taxa de sala e taxa de equipamentos **Exclusões:** Exames complementares de biópsia, congelação, anatomopatológico, imunoperoxidase, imunohistoquímica. Procedimentos complementares Honorários do anestesista Medicação e material para anestesia Internações	R$ 9.951,00

5. PACOTES DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E/OU HEMOTERAPIA

PRODUTO / SERVIÇO	CÓDIGO	QUANT	VALOR
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	4.04.02.04-5	01	R$ 1.014,06
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	4.04.02.05-3	01	R$ 1.035,92
PLASMA FRESCO	4.04.02.09-6	01	R$ 973,82
CONCENTRADO DE PLAQUETAS	4.04.02.07-0	01	R$ 983,28
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (AFÉRESE)	4.04.02.06-1	01	R$ 951,18

CRIOPRECIPITADO	4.04.02.08-8	01	R$ 976,45
SANGUE TOTAL	4.04.02.10-0	01	R$ 1.004,09
PROVA DE COMPATIBILIDADE	4.04.03.40-8	01	R$ 16,40
SANGRIA TERAPÊUTICA	4.04.02.03-7	01	R$ 74,20
PLASMAFÉRESE - PACOTE (POR SESSÃO)	3.09.09.13-9	01	R$ 3.873,95
MIELOGRAMA - PACOTE	4.03.04.48-5 4.03.04.89-2	01	R$ 322,82
COLETA DE CÉLULAS TRÔNCO PARA TMO	-	01	R$ 7.489,67
FILTRO PARA REMOÇÃO LEUCÓCITOS P/ 1 UNIDADE HEMÁCIA PALL (IN LINE)***	-	01	R$ 488,22
FILTRO PARA REMOÇÃO LEUCÓCITOS PLAQUETAS RANDÔMICAS***	-	01	R$ 590,99
DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONC. DE **HEMÁCIAS**	4.04.02.11-8	01	R$ 267,40
DELEUCOTIZAÇÃODE UNIDADE DE CONC. DE **PLAQUETAS**	4.04.02.12-6	01	R$ 313,88
IRRADIAÇÃO	4.04.02.13-4	01	R$ 49,07
KIT DE PLAQUETAFÉRESE		01	R$ 5.431,14
*** 01 (um) **Filtro** para cada Unidade de Hemácias ou 07 (sete) Unidades de Plaquetas.			
Obs: Sempre que usar o Filtro, cobrar a Tx de Deleucotização pela Filtragem.			

6. PACOTES DE UROLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
4.13.01.3.40	Estudo Urodinâmico (Urodinâmica Completa) **Inclui:** Honorários médicos Materiais: 02 (dois) frascos de soro fisiológico; 01 (uma) tubo xilocaína geléia; 02(dois) pacotes de gaze estéril; 02(dois) pares de luvas estéreis; 01 (uma) seringa 20ml; 01(uma) sonda uretral nº 08; 01(uma) sonda uretral nº 06; 01 (um) equipo macrogotas S/I; esparadrapo, micropore, 01(um) cateter urodinâmica (cistometria - 2 vias 40 cm ch 07 395751074010) SIMPRO 69 pag 15; 01(um) cateter balão retal	R$ 815,85
3.12.06.0.34	Biópsia peniana	R$ 253,80
4.13.01.35-8	Urofluxometria	R$ 131,38

6.00.23.38-4	Taxa de sala	R$ 29,70
4.13.01.28-5	Peniscopia	R$ 173,54
6.00.23.38-4	Taxa de Sala	R$ 29,70
3.12.06.05-0	Eletrocoagulação	R$ 80,57
6.00.25.56-5	Taxa de bisturi bipolar elétrico	R$ 29,70

7. PSIQUIATRIA

	DESCRIÇÃO	VALOR
7.1.	Consulta com Psiquiatra Infanto-Juvenil	R$ 315,00
7.2.	Avaliação neuropsicológica (até 10 sessões).	R$ 1.200,00

7.3. PACOTES DE PSIQUIATRIA

PROCEDIMENTO	VALOR PACOTE (R$)
Pacote de avaliação psicológica **Inclui:** 5 a 6 encontros onde estão inclusas avaliações psicognitiva, neuropsicológica, bariátrica, perfil psicológico, avaliação laboral e psicodiagnóstico; aplicação de testes e elaboração de laudos.	R$ 472,50
Day Clinic Psiquiatria (Diária Psiquiatria - 08:00hs às 15:00hs) **Pacote de Psiquiatria modalidade Hospital Dia** **Inclui:** 01 consulta psiquiátrica/mês, 04 consultas psicológicas/mês, 04 refeições ao dia, atividades semanais, atividades em grupo, grupo de assembleia, grupo de recuperação e prevenção e recaída, grupo de reflexão, grupo de avaliação de projeto terapêutico, grupo de medicação, encontro familiar, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia, terapia comunitária e pilates, atendimento à família quinzenalmente, reavaliação do projeto de tratamento do paciente, para avaliação de alta e ou continuidade do processo a cada 3 meses.	R$ 168,00

Diária de Internamento Psiquiatria (24hs) **Inclui:** Assistência psiquiátrica, assistência psicológica, assistência terapêutica ocupacional, assistência nutricional, assistência em serviço social, educador físico, assistência medicamentosa, 05 refeições diárias.	R$ 210,00
Pacote de Psiquiatria com Internação Enfermaria (diária) **Inclui:** mão de obra especializada, honorário da equipe terapêutica, médicos psiquiatras, clínico, psicólogo, enfermeiros, assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física. Atividades de musculação, acompanhamento do personal trainer, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária. Serviço de hotelaria com 5 refeições diárias.	R$ 395,10
Pacote de Psiquiatria com Internação Apartamento **Inclui:** mão de obra especializada, honorário da equipe terapêutica, médicos psiquiatras, clínico, psicólogo, enfermeiros, assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, profissional de educação física. Atividades de musculação, acompanhamento do personal trainer, práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia e terapia comunitária. Serviço de hotelaria com 5 refeições diárias.	R$ 444,15
Pacote de Psiquiatria modalidade Hospital Dia **Inclui:** mão de obra especializada, honorário da equipe terapêutica, médicos psiquiatras, psicólogo, enfermeiros, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista. Práticas integrativas complementares de saúde (PICS), yoga, reiki, biodança, musicoterapia, arteterapia, terapia comunitária e pilates. Acompanhamento nutricional com 3 refeições diárias.	R$ 315,00

8. PACOTES DE EXAMES TOXICOLÓGICOS

-	DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
INCLUSO	**1)**Pesquisa de Drogas de Abuso Metanfetamina, Opiáceos, Canabinóides, Anfetaminas, Barbitúricos, Ecstasy, Cocaína, Metadona, Antidepressivos Tricíclicos e Benzodiazepínicos.	R$ 100,00
	2)Etanol **Obs.:** Exame de etanol realizado através do material urina	

9. TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA – AMBULATORIAL E HOSPITALAR

7.1. PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - AMBULATORIAL	VALOR PACOTE (R$)
Implante por punção de cateter para hemodepuração	R$ 891,84
Acesso venoso para hemodiálise (confecção de fístula arteriovenosa)	R$ 1.613,38
Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 04 horas**	R$ 946,74
Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 12 horas**	R$ 1.155,80
Hemodiálise crônica (por sessão) **sem medicamentos especiais ***	R$ 604,85
Hemodiálise crônica (por sessão) **com medicamentos especiais ***	R$ 663,46
Hemodiálise crônica (por sessão) **pacientes especiais – HIV com medicamentos especiais ***	R$ 974,75
Implante de cateter peritoneal	R$ 1.487,07
Diálise peritoneal automática hospitalar **por sessão de 12 horas**	R$ 990,52
Diálise peritoneal automática (**pacientes crônicos em treinamento/09 dias**)	R$ 3.102,97
Diálise peritoneal automática (**pacientes crônicos/manutenção - 30 dias - sessões domiciliares diárias de até 12 horas**)	R$ 10.421,62
Obs.: medicamentos especiais: Eritropoetina Humana, Calcitriol, Composto de Ferro.	
Hemodiálise Domiciliar – por sessão **Inclui:** serviços médicos (honorários médicos); serviços de enfermagem; equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), medicamentos, locomoção do material e equipe. Montagem e infraestrutura para realização do procedimento no domicílio do paciente e visitas médicas necessárias. **Exclui:** Outros medicamentos serão cobrados à parte (analgésicos, eritropoetina, quelante de fósforo e outros) *Segue arquivo em anexo com a justificativa – não trata-se de hemodiáse peritoneal.	R$ 1.287,50
PACOTE - SESSÃO DE HEMODIÁLISE AMBULATÓRIO - HDF 30909155 – HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE HDF OL **Itens inclusos no pacote:** Honorários Médicos, taxas de sala e	R$ 875,50

equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. **Itens exclusos do pacote:** cateter para hemodiálise (instalação e retirada)	
7.2. PACOTES DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA - HOSPITALAR	**VALOR PACOTE (R$)**
Implante por punção de cateter para hemodepuração	R$ 891,83
Acesso venoso para hemodiálise (confecção de fístula arteriovenosa)	R$ 1.613,38
Hemodiálise Convencional 04h (3.09.09.13-9) ou **Hemodiálise Estendida até 12h (3.09.09.14-7)** (Paciente em UTI)	R$ 1.746,24
Hemodiálise contínua por 12 horas – Prismaflex (Paciente em UTI) **Incluso**: honorários médicos, taxa de equipamentos, materiais descartáveis e medicamentos inerentes ao procedimento, kit Prismaflex, bolsa de drenagem p/ hemodiálise alto fluxo, distribuidor torneira de alto fluxo, tubo extensor Prismatherm FC, solução de citrato de sódio 4% (conforme prescrição médica), solução eletrolítica p/ diálise manipulada TSR (sódio 0,57 – 0,82%). **Não inclusos:** taxa de remoção, medicação especial, intercorrências, sangue e hemoderivados, manta térmica.	R$ 4.240,87
Hemodepuração de casos agudos/crônicos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 04 horas** **(Paciente em enfermaria/apartamento)**	R$ 946,74
Hemodepuração de casos agudos/crônicos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 12 horas** **(Paciente em enfermaria/apartamento)**	R$ 1.155,80

Incluir-se ainda no valor do pacote os seguintes itens:

a. Honorários médicos;
b. Todos os materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento;
c. Taxa de sala;
d. Taxas de equipamentos;
e. Serviços de enfermagem;
f. kit prisma.

Serão exclusos dos valores de pacote:

a. cateter duplo ou triplo lúmen para hemodiálise;
b. Medicamentos de alto custo;
c. Honorários de anestesista (caso necessário)
d. Materiais e medicamentos para anestesia.

10. PACOTE DE PET SCAN

PROCEDIMENTOS	VALOR (R$)
Pet Scan **Incluso:** honorários médicos, taxa de sala, taxas de equipamentos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento, insumo radioativo inerente ao procedimento, filme. **Excluso:** honorários do anestesista, diárias de internação, intercorrências, material e medicamento para anestesia.	R$ 5.799,84

11. PACOTES PARA TRATAMENTO RADIOTERÁPICOS

PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	VALOR (R$)
Radioterapia Conformada Tridimensional RCT-3D. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.	4.12.03.06-2	R$ 17.298,39
Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe IMRT. Inclui: planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.	4.12.03.05-4	R$ 22.240,78
Megavoltagem – Acelerador Linear – Fótons ou Elétrons (6-10Mv)	4.12.03.07-0	R$ 87,10
Betaterapia de Contato (Placa de Estrôncio)	4.12.03.01-1	R$ 36,47
Cheque-filme	4.12.04.02-6	R$ 49,78
Roentgenterapia (Ortovoltagem)	4.12.03.15-1	R$ 36,47
Máscara ou Bloco Colimação (Por Campo irradiado)	4.12.04.01-8	R$ 302,82
Simulação de Tratamento - Complexa	4.12.04.06-3	R$ 385,39
Planejamento Técnico Computadorizado Simples – não 3D	4.12.04.05-0	R$ 279,94
Planejamento Técnico Computadorizado Complexo – não 3D	4.12.04.03-4	R$ 437,26
Planejamento Computadorizado Tridimensional por Região Anatômica	4.12.04.04-2	R$ 1.633,72
Radioterapia Estereotáxica fracionada – 1ª aplicação	4.12.03.13-5	R$ 9.959,81
Radioterapia Estereotáxica fracionada – (pós aplicação subsequente)	4.12.03.13-5	R$ 526,67
Radiocirurgia – nível I: Lesão única e/ou um isocentro. Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.	4.12.03.02-0	R$ 12.597,57
Radiocirurgia – nível II: Duas lesões e/ou dois a quatro isocentros.		

Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.	4.12.03.03-8	R$ 14.768,42
Radiocirurgia – nível III: Três lesões e/ou mais de quatro isocentros. Inclui planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, colimação individual), estão inclusos no valor do procedimento principal.	4.12.03.04-6	R$ 17.107,11
Simulação de Braquiterapia – por inserção	4.12.06.07-0	R$ 385,39
Planejamento Braquiterápico Computadorizado Simples (por inserção) – até 4 fontes /posições ou caracteres	4.12.06.04-5	R$ 256,92
Planejamento Braquiterápico Computadorizado Intermediário (por inserção) – de 5-9 fontes /posições ou caracteres	4.12.06.05-3	R$ 2.095,49
Braquiterapia permanente de Próstata com Fontes radioativas em procedimento único. A valorização inclui porte médico referente a: estudo de volume, pré-planejamento, simulação, inserção intersticial das fontes radioativas, avaliação dosimétrica pós-implante – cuidados médicos	4.12.05.05-7	R$ 10.418,51
Pacote de Braquiterapia intracavitária de alta dose (BATD) – 5 sessões		R$ 10.866,50
Pacote de Braquiterapia por moldagem ou contato, de alta dose (BATD) – 5 sessões		R$ 10.866,50
Pacote para Braquiterapia de Próstata de Alta taxa de dose (IRIDIUM 192) Exclusivo. Inclui: 01 diária Day Hospital; Materiais inerentes ao procedimento (incluindo as sementes de IODO 125); Medicamentos inerentes ao procedimento; Taxa de sala e equipamento inerentes ao procedimento. Exclui: Itens excluídos na composição do pacote: Honorários do anestesiologista; Medicamentos de alto custo; Materiais e Medicamentos para sedação; Broncoscopia; Endoscopia; Exame de imagem.		R$ 20.387,38

12. PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

PROCEDIMENTOS	VALOR (R$)
3.4.1. **Transplante de Medula Óssea Autólogo** ***Para o procedimento de coleta está incluso:** **1. Honorários médicos para a coleta de CTHP e TMO Autólogo** **Procedimento:** Acompanhamento e planejamento da quimioterapia de mobilização e coleta de CTH e do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) autólogo. **Procedimentos Realizados pela equipe médica:** Avaliação clínica e de	

exames que antecedem a quimioterapia de mobilização para coleta; Colocação, manipulação e retirada de cateter venoso central; Planejamento e administração da quimioterapia de mobilização para coleta de CTHP; Visita diária do médico hematologista durante a internação para quimioterapia de mobilização e estimulação com G-CSF; Visita do médico hematologista e hemoterapia durante o procedimento de coleta; Avaliação clínica e de exames que antecedem o TCTH autólogo; Planejamento e administração da quimioterapia de condicionamento; Descongelamento e infusão das Células-Tronco Hematopoiéticas; Acompanhamento, visita e orientação da equipe médica especializada e multidisciplinar por um período de 60 dias. **2. Pacote de despesas para Coleta e Criopreservação de Células-Tronco Hematopoiéticas Periférica coletadas por aférese (CTHP)** – Coleta, contagem de células e congelamento de medula óssea. **3. Pacote de despesas hospitalares para quimioterapia de mobilização, estimulação com G-CSF para coleta de Células-Tronco Hematopoiéticas Periférica (CTHP)** **4. Quimioterepia de Mobilização para coleta de CTHP** – Aracytin 400mg/m² – EV – 12/12h – D1 e D2 / GCSF – 1FA – SC – 12/12h – 10 dias **5. Despesas Hospitalares** **Incluso:** até 20 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais. **Não incluso:** Intercorrências; medicações de alto custo de uso não rotineiro; hemoterapia; Honorário médico de anestesista; Despesas com acompanhante. ***Pacote de despesas hospitalares para Transplante de Medula óssea Autólogo** **Incluso:** até 30 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais; quimioterapia de condicionamento; Descongelamento e infusão de CTHP. **Não incluso:** Intercorrências fora da rotina do TMO autólogo, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, procedimentos invasivos não programados, hemoterapia; Laserterapia; Radioterapia; Honorário médico de anestesista; Despesas com acompanhante	R$ 174.142,50
3.4.2. **Transplante de Medula Óssea alogênico aparentado** **Incluso:** até 30 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais, quimioterapia de condicionamento, Colocação, manipulação de cateter venoso central, vista de médico hematologista e/ou hemoterapeuta durante o procedimento de coleta **Não incluso:** Intercorrências, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, despesa com acompanhante, procedimentos invasivos, hemotransfusões, hemoderivados, PCR para CMV e PCR para BK vírus.	R$ 231.057,01
3.4.3. **Transplante de Medula Óssea alogênico não aparentado**	

Incluso: até 40 dias de diárias; medicamento e descartáveis de uso rotineiro; taxa de sala/equipamento, exames de imagens e laboratoriais, quimioterapia de condicionamento, Colocação, manipulação de cateter venoso central, vista de médico hematologista e/ou hemoterapeuta durante o procedimento de coleta **Não incluso:** Intercorrências, medicações de alto custo de uso não rotineiro, diárias de UTI, despesa com acompanhante, procedimentos invasivos, hemotransfusões, hemoderivados, PCR para CMV e PCR para BK vírus.	R$ 234.146,02

13. PACOTE DE OBSTETRÍCIA (PARTO)

PROCEDIMENTO	VALOR PACOTE (R$)
Parto Normal/ Cesáreo **Inclui:** Taxas de sala e de equipamento utilizado no bloco cirúrgico e no berçário; Medicamentos e materiais descartáveis utilizados no bloco cirúrgico, berçário e na ala; Gases; 02 diárias de apartamento ou enfermaria. **Exclui:** Honorários (obstetras e anestesistas); medicamentos de alto custo (Partanogama, Matergan, etc.), Intercorrência; Despesa com acompanhante; Sangue e/ou hemoderivados; óxido nítrico; incubadora, oxigenioterapia e fototerapia; Investigação Diagnóstica, Laboratorial e Radiológica (imagem)	R$ 7.203,52

14. PACOTES DE VIDEODEGLUTOGRAMA

Incluso: Taxa de sala; honorários médicos de radiologista e Fonoaudiologia; Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.	R$ 803,14

15. PACOTES DE ELETROENCEFALOGRAMA À BEIRA DO LEITO

Exame de eletroencefalograma a Beira do leito	R$ 617,79 até 02 horas de exame e R$ 123,55 por hora subsequente *

* Com autorização do médico auditor in loco

16. PACOTE DE PROSTATECTOMIA REALIZADO POR ROBÓTICA

Inclui: 01 Diária de UTI; 02 Diárias de Apartamento ou enfermaria; TODOS os OPMEs; Taxas de Sala e equipamento em centro cirúrgico inerente a realização dos procedimentos; Materiais descartáveis/ Fios cirúrgicos e Medicamentos: Todos os descartáveis, materiais especiais e medicamentos inerentes a realização do procedimento; Gases medicinais; Raio-X; Fisioterapia respiratória. **Excluso:** Honorários médicos; Sangue e hemoderivados; Exames de Imagem (Exceto Raio-X); Exames laboratoriais.	R$ 28.418,77

17. PACOTE DE GASTROPLASTIA POR VIDEO

Inclui: 02 diárias de enfermaria/apartamento; 01 diária de UTI; Taxa e Equipamento; Todos os materiais especiais e medicamentos inerentes ao procedimento; Honorários médicos (exceto anestesista). **Exclui:** Hemoderivados, Hemocomponentes e sangue; Despesas com acompanhantes; Intercorrências.	R$ 27.800,97

18. PACOTE DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Inclui: 05 diárias de enfermaria/apartamento; 02 diárias de UTI; Taxa de sala e Equipamentos; Todos os materiais especiais e medicamentos inerentes ao procedimento; SADT complementares; Gasoterapia. **Exclui:** Honorários Médicos; Anestesiologista; Enxertos; Próteses; Órteses; Adesivos Biológicos; Válvula; Intercorrência; Despesas com acompanhantes; Hemoderivado; Hemocomponente; Sangue. ***Obs.: Para cirurgias com CEC e sem CEC.***	R$ 27.630,61

19. PACOTES DE IODOTERAPIA AMBULATORIAL

PACOTE DE IODOTERAPIA AMBULATORIAL (CA DE TIREÓIDE)	R$ 11.319,38
IODOTERAPIA AMBULATORIAL (HIPERTIREOIDISMO/ DOENÇAS GRAVES)	
OS PACOTES INCLUEM:	

- Honorários médicos (durante procedimento ambulatorial); - Materiais; - Medicamentos (inclusive Thyrogen); -Exames laboratoriais pré e pós procedimento, quando necessário; - Cintilografia pré e pós procedimento, quando necessário. **OS PACOTES EXCLUEM:** -Intercorrências ou complicações durante o procedimento; -Medicamentos de uso habitual do paciente ou não relacionado ao procedimento; -Internação hospitalar; -Acompanhamento com outros especialistas.	R$ 1.939,06

20. PACOTES DE PROCEDIMENTOS DE RX

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR
RX coluna total para escoliose (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)	40802094	R$ 178,50
RX panorâmico dos membros inferiores (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)	40804127	R$ 178,50
USG doppler peniano com fármaco indução (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)	40901440	R$ 577,50
USG para pesquisa de endometriose (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)	40901858	R$ 420,00
Dacriocistografia (por olho) (incluso todos os honorários e insumos, caso haja necessidade)	40809080	R$ 840,00

21. PACOTES DE MAMOTOMIAS

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR
20.1. PACOTE MAMOTOMIA POR ULTRASSONOGRAFIA (Por nódulo) **Inclusões:** honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos. **Exclusões:** Anatomopatológico	40808297	R$ 3.854,51
20.2. PACOTE MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA (Por nódulo)		

Inclusoes: Exame de base, Honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos: - Aparelho identificação local biopsia trimark 09GA (168550) - Dispositivo p/biópsia mamária atec 12GA (325522); - Guia agulha atec fisher 9GA (325524); - Material mamotomia por RX/US (5774); - Recipiente c/tampa atec (325530); - Xylestesin 2% c/vaso 20ml (90048598); - Porte; - UCO. **Exclusões:** Anatomopatológico	40808289	R$ 3.854,51
20.3. PACOTE MAMOTOMIA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (Por nódulo) **Inclusoes:** Exame de base, Honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos: - Aparelho identificação local biopsia trimark 09GA (168549) - Dispositivo p/biópsia mamária atec 12GA (325518); - Extensor tubo a vácuo por RM (258901); - Guia agulha atec lorad 9GA (325526); - Material mamotomia por RM (5776); - Recipiente c/tampa atec (325530); - Xylestesin 2% c/vaso 20ml (90048598); - Porte; - UCO. **Exclusões:** Anatomopatológico	40808289	R$ 5.000,00

22. PACOTES DE EXAMES

DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR
22.1. Teste SARS-COV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) – Teste rápido para detecção de antígeno (com diretriz de utilização incluído pela RN Nº478 de 19/01/2022) Internado / pronto socorro / SADT Externo	40325024	R$ 84,00
22.2. Pesquisa rápida para influenza A e B (com diretriz de utilização)	40323676	R$ 84,00

23. PACOTES DE CIRURGIA REALIZADOS NAS INSTALAÇÕES DO HMAR

1. PACOTES DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Compreende a execução dos serviços de: Videohisteroscopia cirúrgica, Laparoscopia ginecológica e Cirurgias minimamente invasivas, em apoio ao Serviço de Ginecologia do Hospital Militar de Área de Recife.

Os **valores para o uso de materiais especiais** nos procedimentos cirúrgicos supracitados são:

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO SIMPRO	**MATERIAL ESPECIAL**	**VALOR**
132247	Eletrodo Bipolar Versapoint tipo alça circuito	R$ 1.256,15
132248	Eletrodo Spring	R$ 1.360,84
132249	Eletrodo Twizzle	R$ 1.360,84
37993	Eletrodo Shaver	R$ 1.196,13
107928	Tesoura laparoscópica ultrassônica	R$ 1.340,95
116149	Manipulador uterino com Balão de Silicone	R$ 630,00
131305	Mocelador/Triturador uterino ou de miomas	R$ 1.966,33
135170	Tesoura laparoscópica bipolar	R$ 740,01
-	Taxa ressectoscópio	R$ 93,09
-	Taxa de bisturi	R$ 65,71
-	Taxa de cabo Versapoint	R$ 93,09

DESCRIÇÃO - PROCEDIMENTO	VALOR
Cirurgia nos anexos uterinos por laparoscopia **Incluso**: taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça bipolar laparoscópica. **exclusos:** honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos.	R$ 2.700,00
Cirurgia da endometriose pélvica por laparoscopia **Incluso**: taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça	R$ 3.000,00

bipolar laparoscópica, pinça ultrassônica). **exclusos:** honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos.	
Cirurgia de miomectomia/histerectomia laparoscópica (se necessário associada a anexos uterinos) **Incluso**: taxa de vídeo, trocater 11mm descartável para primeira punção, pinça bipolar laparoscópica, morcelador de miomas. **exclusos:** honorários médicos, manipulador uterino descartável com balão (material fornecido pelo HMAR), material descartável/medicamentos.	R$ 3.700,00

ANEXO A

CBHPM 2016 (com redutor de 20,77% nos portes)

UCO – R$ 11,35

Filme Radiológico – R$ 25,00

1 A	R$13,77	**1 B**	R$ 27,53	**1 C**	R$ 41,31
2 A	R$ 55,08	**2 B**	R$ 72,61	**2 C**	R$ 85,93
3 A	R$ 117,41	**3 B**	R$ 150,03	**3 C**	R$ 171,86
4 A	R$ 204,54	**4 B**	R$ 223,91	**4 C**	R$ 252,95
5 A	R$ 272,31	**5 B**	R$ 294,10	**5 C**	R$ 312,25
6 A	R$ 340,09	**6 B**	R$ 373,99	**6 C**	R$ 409,08
7 A	R$ 441,77	**7 B**	R$ 488,96	**7 C**	R$ 578,52
8 A	R$ 624,52	**8 B**	R$ 654,78	**8 C**	R$ 694,71
9 A	R$ 738,29	**9 B**	R$ 807,28	**9 C**	R$ 889,56
10 A	R$ 954,93	**10 B**	R$ 1.034,81	**10 C**	R$ 1.148,57
11 A	R$ 1.215,15	**11 B**	R$ 1.332,55	**11 C**	R$ 1.462,06
12 A	R$ 1.515,30	**12 B**	R$ 1.629,07	**12 C**	R$ 1.995,79
13 A	R$ 2.196,70	**13 B**	R$ 2,409,72	**13 C**	R$ 2.665,09
14 A	R$ 2.970,09	**14 B**	R$ 3.231,53	**14 C**	R$ 3.564,35

ANEXO B

CBHPM 2010

1 A	R$ 11,00	**1 B**	R$ 22,00	**1 C**	R$ 33,00
2 A	R$ 44,00	**2 B**	R$ 60,00	**2 C**	R$ 71,00
3 A	R$ 97,00	**3 B**	R$ 124,00	**3 C**	R$ 142,00
4 A	R$ 169,00	**4 B**	R$ 185,00	**4 C**	R$ 209,00
5 A	R$ 225,00	**5 B**	R$ 243,00	**5 C**	R$ 258,00
6 A	R$ 281,00	**6 B**	R$ 309,00	**6 C**	R$ 338,00
7 A	R$ 365,00	**7 B**	R$ 404,00	**7 C**	R$ 478,00
8 A	R$ 516,00	**8 B**	R$ 541,00	**8 C**	R$ 574,00
9 A	R$ 610,00	**9 B**	R$ 667,00	**9 C**	R$ 735,00
10 A	R$ 789,00	**10 B**	R$ 855,00	**10 C**	R$ 949,00
11 A	R$ 1.004,00	**11 B**	R$ 1.101,00	**11 C**	R$ 1.208,00
12 A	R$ 1.346,00	**12 B**	R$ 1.346,00	**12 C**	R$ 1.649,00
13 A	R$ 1.991,00	**13 B**	R$ 1.991,00	**13 C**	R$ 2.202,00
14 A	R$ 2.454,00	**14 B**	R$ 2.670,00	**14 C**	R$ 2.945,00

ANEXO C

PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES				
TAXA	OBSERVAÇÕES	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Diária de Apartamento Standard - paciente clínico ou cirúrgico	Apartamento privativo com frigobar, TV, roupa de cama com acompanhante, na diária do acompanhante inclui o café da manhã, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 582,80	R$ 529,08	R$ 384,25
Diária de Apartamento Pediátrica	Apartamento privativo com frigobar, TV, roupa de cama com acompanhante, na diária do acompanhante inclui o café da manhã, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 778,35	R$ 658,09	R$ 574,53
Day Clinic Apartamento (07h00 às 19h00)	----------	R$ 270,48	R$ 226,18	R$ 166,64
Day Clinic Enfermaria (07h00 às 19h00)	----------	R$ 136,16	R$ 121,92	R$ 105,17
Diária de Berçário	Berço aquecido, incubadora e desmamadeira, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 170,30	R$ 126,20	R$ 79,16
Diária de UTI Geral	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bomba de infusão, aspirador/irrigador, roupa de cama, indumentária da equipe de apoio, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 1.163,37	R$ 890,17	R$ 713,00
Diária UTI Neonatal/Pediátric.	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bomba de infusão, aspirador/irrigador, roupa de cama, indumentária da equipe de apoio, berço aquecido, incubadora, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 1.556,70	R$ 989,07	R$ 890,17
Diária de Semi Intensiva	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bomba de infusão, aspirador/irrigador, roupa de cama, indumentária da equipe de apoio, taxa de necrotério e de registro de internação.	R$ 950,00	R$ 750,00	R$ 550,00
Diária de Acompanhante	Paciente em enfermaria inclui café da manhã.	R$ 67,08	R$ 55,36	R$ 44,92
Enfermaria	Apartamento compartilhado. Incluso	R$ 342,46	R$ 309,55	R$ 230,51

	taxa de necrotério e de registro de internação.			
DIÁRIA P/QUIMIOTERAPIA	**OBSERVAÇÕES**	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Ambulatorial em Apartamento	Inclui Cabine de Fluxo Laminar, Bomba de Infusão e Taxa de Enfermagem.	R$ 402,79	R$ 325,86	R$ 276,82
Ambulatorial em Boxe	Inclui Cabine de Fluxo Laminar, Bomba de Infusão e Taxa de Enfermagem.	R$ 335,60	R$ 271,68	R$ 230,85
TAXA DE SALA	**OBSERVAÇÕES**	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Cirurgia Extra Corpórea até 3 horas	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, capnógrafo, bisturi elétrico, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, bombas de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.	R$ 1.807,55	R$ 1.459,33	R$ 1.208,40
Cirurgia Extra Corpórea por hora Subsequente	Idem acima.	R$ 282,58	R$ 244,92	R$ 202,08
Neurocirurgia até 3 horas	Monitor PIC/FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, capnógrafo, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, craniótomo, serra, microscópio, bomba de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio. Somente para as cirurgias do encéfalo, tumores/fraturas da coluna.	R$ 1.502,97	R$ 1.156,11	R$ 953,80
Neurocirurgia por hora Subsequente	Idem acima.	R$ 160,16	R$ 125,35	R$ 104,46
Cirurgia até 3 horas	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, capnógrafo, aspirador/irrigador, aparelho anestésico, bombas de infusão, manta térmica e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.	R$ 783,54	R$ 677,88	R$ 485,10
Cirurgia por hora Subsequente	Idem acima.	R$ 80,14	R$ 65,63	R$ 54,17
Cirurgia sem Internamento	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, bisturi elétrico, aspirador/irrigador (com acompanhamento do anestesista) e indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.	R$ 390,92	R$ 336,25	R$ 299,26

Sala de Recuperação pós anestésica.	Monitor e Oxímetro.	R$ 333,90	R$ 233,42	R$ 186,56
Sala de Gesso	Qualquer tipo de aparelho gessado.	R$ 90,13	R$ 75,32	R$ 62,17
Sala de Talas	----------	R$ 34,44	R$ 26,11	R$ 19,94
Pequenas Cirurgias eletivas sem anestesia	Bisturi Elétrico.	R$ 48,05	R$ 41,65	R$ 34,40
Pequenas Cirurgias na Urgência	----------	R$ 48,05	R$ 41,65	R$ 34,40
Sala para Curativos	----------	R$ 30,03	R$ 21,45	R$ 17,69
Estudo Hemodinâmico	Monitor FC/ECG/PA, oxímetro, aspirador/irrigador e intensificador de imagem, bomba de infusão.	R$ 500,95	R$ 443,98	R$ 376,56
Cabine Fluxo Laminar	Cabine equipada, inclui indumentária do manipulador do material.	R$ 190,36	R$ 156,09	R$ 128,80
Repouso na Urgência/ Observação Clínica	Mediante registro de evolução médica até 6 horas; após 6 horas, Day Clinic, e após 12 horas, internamento.	R$ 80,15	R$ 69,94	R$ 57,72
TAXAS DE EQUIPAMENTOS	**OBSERVAÇÕES**	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Artroscópio Cirúrgico (vídeo artroscopia)	Taxa/camisa /fluxor/artrozam.	R$ 623,18	R$ 402,00	R$ 237,40
Aspirador Cavitron em Neurocirurgia	Será utilizado em cirurgias intracranianas, tumores e abscessos cerebrais (inclusos descartáveis e insumos para seu uso)	R$ 613,79	R$ 529,92	R$ 464,42
Bomba de Infusão por 24 horas (equipos não inclusos)	----------	R$ 38,04	R$ 26,84	R$ 22,16
Colchão Caixa de Ovo	01 colchão para cada 30 dias, independente da quantidade de dias utilizados.	R$ 76,12	R$ 69,94	R$ 57,72
Craniótomo	----------	R$ 160,27	R$ 131,61	R$ 110,72
Cistoscópio	----------	R$ 110,18	R$ 94,49	R$ 84,04
Desfibrilador por uso	----------	R$ 80,15	R$ 57,35	R$ 41,06
Fototerapia até 01(uma) hora	A utilização de dois ou três focos para fototerapia deverá ser devidamente registrada em prontuário. **Fototerapia dupla:** acrescentar 30% sobre o valor original **Fototerapia tripla:** acrescentar 40%	R$ 45,87	R$ 39,69	R$ 36,56

	sobre o valor original.			
Fototerapia por hora subsequente	A utilização de dois ou três focos para fototerapia deverá ser devidamente registrada em prontuário. **Fototerapia dupla:** acrescentar 30% sobre o valor original **Fototerapia tripla:** acrescentar 40% sobre o valor original.	R$ 5,17	R$ 4,60	R$ 4,40
Hidratação pediátrica por dia	Inclui: algodão, álcool, gases, lâmina de tricotomia, Povidine, éter, esparadrapo e talas.	R$ 36,03	R$ 32,20	R$ 26,57
Vídeohisteroscópio Cirúrgico	Materiais não inclusos.	R$ 468,90	R$ 387,67	R$ 319,84
Vídeohisteroscópio Diagnóstico	Materiais não inclusos.	R$ 230,42	R$ 193,78	R$ 159,89
Intensificador de Imagem	----------	R$ 336,62	R$ 292,48	R$ 269,82
Microscópio Cirúrgico	----------	R$ 130,21	R$ 96,88	R$ 79,83
Monitor de Pressão Intracraniana p/dia	----------	R$ 280,54	R$ 213,41	R$ 176,07
Monitor Cardio (PA invasiva/não invasiva, em apartamento ou enfermaria por 24 horas	Quando for utilizado o invasivo os cateteres serão cobrados a parte.	R$ 150,26	R$ 122,21	R$ 101,32
Monitor Fetal Sonar por 24 horas	----------	R$ 70,07	R$ 60,53	R$ 49,95
Neuronavegador	Inclui todos os materiais descartáveis e esferas. O neuronavegador será utilizado apenas em cirurgia neurológica (encéfalo e medula), mediante autorização prévia.	R$ 15.395,50	R$ 12.316,39	R$ 10.776,84
Oxímetro por 24 horas (por uso fora da UTI)	----------	R$ 130,21	R$ 104,46	R$ 91,92
Respirador de pressão sem oxigênio por 24 horas	----------	R$ 72,10	R$ 58,39	R$ 52,12
Respirador de volume sem oxigênio por 24 horas	----------	R$ 170,30	R$ 141,60	R$ 109,93
Ressectoscópio	Não inclui material. O valor da alça será cobrado conforme Referencial de OPME.	R$ 118,21	R$ 104,46	R$ 101,32

Vídeoendoscópio cirúrgico/diagnóstico em BC, nos casos de neurologia, ginecologia e U urologia (oftalmo e otorrino, UCO pela CBHPM)	Incluso taxa + Cidex + água destilada. Utilizado exclusivamente em bloco cirúrgico e microcirurgia neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica e urológica; sua utilização deverá ser justificada pelo médico assistente.	R$ 350,69	R$ 304,16	R$ 250,96
Vídeolaparoscópico cirúrgico/ terapêutico/ abdominal/tórax/ ginecológico	Inclui: taxa, Cidex, gás carbônico, água destilada, 01(um) trocater descartável, Agulha de Veress, trocateres permanentes e clips. Não caberá cobrança de trocateres adicionais.	R$ 2.713,50	R$ 2.573,35	R$ 1.964,45
Vídeolaparoscópico diagnóstico/ abdominal/tórax/ginecológico.	Inclui: taxa, Cidex, gás carbônico, água destilada, 01(um)trocater descartável, trocateres permanentes. Não caberá cobrança de trocateres adicionais.	R$ 2.023,04	R$ 1,978,14	R$ 1.473,35
GASES	**OBSERVAÇÕES / 20 MINUTOS**	ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Nebulização (aerossol na emergência) por aplicação, com O_2	Inclui taxa + oxigênio + medicação.	R$ 24,91	R$ 22,11	R$ 20,86
Nebulização (aerossol no internamento) por aplicação, com O_2	Inclui taxa + oxigênio + medicação.	R$ 21,99	R$ 20,86	R$ 18,33
Oxigênio	Fração de 20 minutos	R$ 8,29	R$ 7,31	R$ 6,65
	Por hora	R$ 24,88	R$ 21,67	R$ 19,96
Óxido Nítrico	Fração de 20 minutos	R$ 21,71	R$ 18,40	R$ 14,47
	Por hora	R$ 65,17	R$ 58,27	R$ 51,70
Oxigênio + Ar comprimido	Fração de 20 minutos	R$ 13,18	R$ 11,87	R$ 10,13
	Por hora	R$ 34,55	R$ 35,64	R$ 30,39
Protóxido	Fração de 20 minutos	R$ 21,76	R$ 19,72	R$ 16,67
	Por hora	R$ 65,29	R$ 59,18	R$ 50,01
		ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Taxa - Isolamento Covid 19	TAXA DE ISOLAMENTO EM UTI	R$ 218,45	R$ 136,84	R$ 145,63
	TAXA DE	R$ 109,44	R$ 88,42	R$ 72,80

	APARTAMENTO/ENFERMARIA			
		ALTA COMPLEXIDADE	MÉDIA COMPLEXIDADE	BAIXA COMPLEXIDADE
Taxa de Alimentação Almoço/Jantar	Acompanhante de paciente menor de 18 anos e a partir de 60 anos (por cada refeição)	R$ 32,18	R$ 28,20	R$ 25,78

OBS.: nas taxas de aparelhagem/equipamentos, já existentes em acordo, estão incluídos todos os insumos/acessórios necessários para seu funcionamento e manutenção, exceto os descartáveis utilizados no paciente.

ANEXO D

PREÇOS DOS PACOTES PARA HEMODINÂMICA		
CÓDIGO	**PRODUTO**	**VALOR**
CATETERISMO CARDÍACO	01 CATETER JUDKINS DIREITO	R$ 4.502,01
	01 CATETER JUDKINS ESQUERDO	
	01 CATETER PIGTAIL	
	01 KIT INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	02 FIOS GUIA	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	CONTRASTE	
ANGIOGRAFIA/ ARTERIOGRAFIA CORONARIANA	01 CATETER PIGTAIL	R$ 4.372,64
	01 FIO GUIA 0,14	
	01 CATETER ANGIOGRÁFICO	
	01 KIT INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 FIO GUIA	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	CONTRASTE	
ANGIOPLASTIA CORONARIANA ÚNICO VASO	01 BOMBA INDEFLATOR	R$ 13.119,51
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 FIO GUIA 0,14	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 CATETER BALÃO	
	01 CATETER GUIA	
	01 FIO GUIA	
	01 KIT INTRODUTOR	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	01 CONECTOR Y e CONTRASTE	

ANGIOPLASTIA CORONARIANA MÚLTIPLOS VASOS	01 BOMBA INDEFLATOR	R$ 16.644,82
	02 FIOS GUIA	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	02 CATETERES BALÃO	
	02 CATETERES GUIA	
	02 FIO GUIAS 0,14	
	01 KIT INTRODUTOR	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 CONECTOR Y e CONTRASTE	
CATETERISMO + ANGIOPLASTIA CORONARIANA ÚNICO VASO	01 CATETER JUDKINS DIREITO	R$ 15.174,82
	01 CATETER JUDKINS ESQUERDO	
	01 KIT INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 MANIFOLD	
	01 FIO GUIA	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 CATETER PIGTAIL	
	01 CATETER J	
	01 CATETER BALÃO	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	01 CONECTOR Y e CONTRASTE	
CATETERISMO+ ANGIOPLASTIA CORONARIANA MÚLTIPLOS VASOS	01 CATETER JUDKINS DIREITO	R$ 18.700,13
	01 CATETER JUDKINS ESQUERDO	
	01 KIT INTRODUTOR	
	03 FIOS GUIA	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 MANIFOLD	
	01 CONECTOR Y e CONTRASTE	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 PERCLOSE / ANGIOSEAL	
	02 CATETERES PIGTAIL	
	02 CATETERES J 0,33	
	02 CATETERES BALÃO	

MATERIAL ESPECIAL OPME	STENT FARMACOLÓGICO	R$7.500,00
	STENT CONVENCIONAL	R$ 2.900,00

PACOTE DE ANGIOPLASTIA CORONÁRIA ÚNICO/MÚLTIPLOS VASOS

Inclui: 1 diária de UTI; 1 stent farmacológico; 2 balões de angioplastia coronária; Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. **Exclui:** Honorários médicos e anestesista; Medicamentos de alto custo (valores superior à R$ 500,00) Materiais de uso não habitual (cateter imagem e pull back) Obs.1: em caso de stent adicional será cobrado o valor de R$ 7.500,00 Obs.2: em caso de balão extra será cobrado o valor de R$ 1.400,00	R$ 17.167,22

PACOTE CATETERISMO + ANGIOPLASTIA CORONÁRIA ÚNICO/MÚLTIPLOS VASOS

Inclui: 1 diária de UTI; 1 stent farmacológico; 2 balões de angioplastia coronária; Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. **Exclui:** Honorários médicos e anestesista; Medicamentos de alto custo (valores superior à R$ 500,00) Materiais de uso não habitual (cateter imagem e pull back) Obs.: Em caso de stent adicional será cobrado o valor de R$ 7.500,00 Obs1: Em caso de balão extra será cobrado o valor de R$ 1.400,00	R$ 19.037,35

OBSERVAÇÕES:
Este Referencial contempla todas as despesas hospitalares necessárias a realização dos eventos acordados;

Inclui no pacote:
•Taxa de repouso até 6h após procedimentos ambulatoriais;
•Taxas de salas e equipamentos utilizados;
•Medicamentos e materiais de consumo;
•Anestésicos locais.

Exclui do pacote:
•Honorários médicos;
•Exames laboratoriais;
•Hemoterápicos;

•Medicamentos de alto custo: antagonista dos receptores IIB-IIIAB (Agrastat e Reopro), trombolíticos (Actilyse e Estreptoquinase), drogas para embolização e anestésicos (sedação, anestesia endovenosa, inalatória ou geral);
•Para os OPME utilizados em quantidade superior ou que não constem no pacote, a cobrança do referido material deverá ser realizada conforme referencial negociado mediante laudo médico detalhado;
•Para os procedimentos que não têm pacote negociado, a cobrança será em conta aberta, considerando o referencial negociado e mediante autorização prévia.

ANEXO E

PREÇOS DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
	PRODUTO	**ESPECIFICAÇÃO**	**VALOR**
01	AERO CAMERA PUFF	UNIDADE	R$ 100,00
02	AGULHA BIOPSIA ASPIRATIVA CHIBA 18X20	UNIDADE	R$ 500,00
03	AGULHA BIOPSIA CHIBA (DCHN 22X15.0) DESC	UNIDADE	R$ 500,00
04	AGULHA BIÓPSIA LOCAL MAMÁRIA MARCAÇÃO 20GAX10CM	UNIDADE	R$ 556,50
05	AGULHA BIÓPSIA MAGNUM 16GA X 10CM, 14GA X 10CM, 18GA X 20CM	UNIDADE	R$ 556,50
06	AGULHA DESCARTÁVEL 13X30MM	UNIDADE	R$ 0,25
07	AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5	UNIDADE	R$ 0,35
08	AGULHA DESCARTÁVEL 25X7	UNIDADE	R$ 0,35
09	AGULHA DESCARTÁVEL 30X8	UNIDADE	R$ 0,35
10	AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	UNIDADE	R$ 0,55
11	AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G22 X 3½ UNIDADE	UNIDADE	R$ 56,42
12	AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G25 X 3 1/2 UNIDADE	UNIDADE	R$ 57,15
13	AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G26 X 3 1/2 UNIDADE	UNIDADE	R$ 63,66
14	AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G27 X 3 1/2 UNIDADE	UNIDADE	R$ 73,80
15	AGULHA P/ RAQUI SPINOCAN G29 X 3 1/2 UNIDADE	UNIDADE	R$ 228,78
16	AGULHA P/ ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A-100 G 21 X 4	UNIDADE	R$ 267,72
17	AGULHA SDN 22GA/25GA 1 1/2"	UNIDADE	R$ 46,34
18	AGULHA CHIBA (70012199)	UNIDADE	R$ 215,00
19	AGULHA PARA ANESTESIA PLEXO STIMUPLEX A-50 G 22 X 2	UNIDADE	R$ 267,72
20	AGULHA PERICAN G 18X 3,5	UNIDADE	R$ 100,00
21	AGULHA PERICAN G 16 X 3,5	UNIDADE	R$ 100,00
22	ATADURA CREPOM 10CM X 1,8M CYSNE	UNIDADE	R$ 6,18
23	ATADURA CREPOM 15CM X 1,8M CYSNE (UND)	UNIDADE	R$ 8,27
24	ATADURA CREPOM 20CM X 1,8M CYSNE (UND)	UNIDADE	R$ 9,20
25	ATADURA CREPOM 30CM X 1,8M CYSNE (UND)	UNIDADE	R$ 11,52
26	ATADURA GESSADA 06CM X 2M	UNIDADE	R$ 14,93
27	ATADURA GESSADA 10CM X 3M	UNIDADE	R$ 4,14
28	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	UNIDADE	R$ 6,18
29	ATADURA ORTOPÉDICA 12CM,15CM, 20CM	UNIDADE	R$ 2,92
30	BISTURI DESC C/ LÂMINA11, 15, 22	UNIDADE	R$ 29,64
31	BOLSA EASIFLEX DRENÁVEL	UNIDADE	R$ 46,67
32	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 1000ML (MIX BAG)	UNIDADE	R$ 100,00
33	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 2000ML (MIX BAG)	UNIDADE	R$ 150,00
34	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 500ML (MIX BAG)	UNIDADE	R$ 70,00

35	CATETER P/HISTEROSONOGRAFIA 5FRX40CM	UNIDADE	R$ 700,00
36	CATETER ACESSO VENOSO (I-CATH) 16	UNIDADE	R$ 107,18
37	CATETER ACESSO VENOSO CENTRAL INTRA CATH	UNIDADE	R$ 107,18
38	CATETER EPIDURAL PERIFIX	UNIDADE	R$ 207,81
39	CATETER NASAL P/ OXIGENIO TIPO OCULOS	UNIDADE	R$ 3,75
40	CASSETE TUBO VACUO RINSE ENCOR ENSPIRE-BARD (258897)	UNIDADE	R$ 210,00
41	CAT. VENOSO PERIFÉRICO INTROCAN G24	UNIDADE	R$ 18,00
42	CAT. VENOSO PERIFÉRICO INTROCAN G14, G18, G20 e G22	UNIDADE	R$ 16,00
43	CATETER METÁLICO 21G e 23G	UNIDADE	R$ 9,95
44	CATETER METÁLICO 27G	UNIDADE	R$ 12,42
45	CATETER METÁLICO 25G	UNIDADE	R$ 9,95
46	COLAR CERVICAL ESPUMA (P, M, G)	UNIDADE	R$ 40,50
47	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO	UNIDADE	R$ 12,45
48	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	UNIDADE	R$ 48,82
49	COLETOR URINA INFANTIL MASC/FEM	UNIDADE	R$ 1,62
50	COLETOR URINA SISTEMA ABERTO 1200 ML BIO COLLECTOR	UNIDADE	R$ 12,58
51	CAMPO OPERATÓRIO 25 X 28 (EM BLOCO CIRÚRGICO) PACOTE COM 5 UNID.	UNIDADE	R$ 50,70
52	COMPRESSA 7.5X7.5 ESTÉRIL C/ 10 UND COM 13 FIOS	PCT C/10 UND	R$ 4,00
53	CONECTOR MANYFILL D VIAL (78206553)	UNIDADE	R$ 68,69
54	CONECTOR MICROCLAVE/VALVULADO	UNIDADE	R$ 25,00
55	CONJUNTO TRANSDUTOR DE PRESSÃO (INCLUI EQUIPO / TAMPA / TUBO / TORNEIRA)	UNIDADE	R$ 343,43
56	CONJUNTO DE ELETRODO UNIVERSAL DESCARTÁVEL / CONJUNTO DE ARRUELA MONITOR	PACOTE COM 05 UNIDADE	R$ 6,12
57	CIRCUITO DESCARTÁVEL ALTO FLUXO PRECISÃO (inclui todos os componentes do sistema OPTIFLOW (Adulto e Pediátrico)	UNIDADE	R$ 1.764,00
58	DISPOSITIVO LUER ACESSO FECHADO IV Q SYTE (70197423)	UNIDADE	R$ 3,00
59	DISPOSITIVO URINÁRIO (P, M, G)	UNIDADE	R$ 3,91
60	DRENO PENROSE Nº 1	UNIDADE	R$ 7,12
61	DRENO PENROSE Nº 2	UNIDADE	R$ 9,32
62	DRENO PENROSE Nº 3	UNIDADE	R$ 12,74
63	DRENO PENROSE Nº 4	UNIDADE	R$ 16,84
64	DRENO DE SUCÇÃO SISTEMA MOLA	UNIDADE	R$ 55,00
65	DRENO TÓRAX 36 SILICONE	UNIDADE	R$ 68,16
66	DIALISADOR ALTO FLUXO FX 40	UNIDADE	R$ 964,92
67	DIALISADOR ALTO FLUXO FX 60	UNIDADE	R$ 998,89
68	DIALISADOR ALTO FLUXO FX 80	UNIDADE	R$ 1.019,28
69	DIALISADOR ALTO FLUXO FX 100	UNIDADE	R$ 1.060,06

70	DIALISADOR HEMOFLOW ALTO FLUXO F70 S POLISULFONA – FRESENIUS MEDIC. CARE	UNIDADE	R$ 1.451,62
71	ELETRODO MEDI TRACE DESCARTÁVEL P/MONITORIZAÇÃO ECG (70877998)	UNIDADE	R$ 0,91
72	ELETRODO RADIO TRACE DESCRTÁVEL (268666)	UNIDADE	R$ 0,91
73	EQUIPO IRRIGAFIX 2 VIAS (CISTOSCOPIA)	UNIDADE	R$ 64,12
74	EQUIPO AIR IL OU EUROFIX AIR IL	UNIDADE	R$ 28,80
75	EQUIPO P/ DIETA APPLIX	UNIDADE	R$ 250,00
76	EQUIPO INTRAFIX PRIMELINE AIR	UNIDADE	R$ 29,20
77	EQUIPO B.I. COMPACT AIR	UNIDADE	R$ 250,00
78	EQUIPO B.I. TIPO ANNE	UNIDADE	R$ 200,00
79	EQUIPO B.I. OPTIMA MS FS	UNIDADE	R$ 270,00
80	EQUIPO MACRO FILTRO PART 15UM INJ LAT LUER LOCK 1,50MT	UNIDADE	R$ 20,60
81	EQUIPO P/SORO MICROFIX 100ML FIL IL	UNIDADE	R$ 58,84
82	EQUIPO SANGOFLEX	UNIDADE	R$ 35,09
83	EQUIPO EXTENSOFIX 120CM	UNIDADE	R$ 23,46
84	EQUIPO EXTENSOFIX 20CM	UNIDADE	R$ 19,66
85	EQUIPO EXTENSOFIX 40CM	UNIDADE	R$ 19,80
86	EQUIPO EXTENSOFIX 60CM	UNIDADE	R$ 21,43
87	EQUIPO EXTENSOFIX PARA INFUSÃO DE CONTRASTE	UNIDADE	R$ 30,00
88	EQUIPO POLIFIX MICROCLAVE	UNIDADE	R$ 30,00
89	ESPARADRAPO 10cm X 4,5m ROLO	UNIDADE	R$ 32,12
90	ESPARADRAPO 5cm X 4,5m ROLO	UNIDADE	R$ 17,52
91	EXTENSOR EXTENSET 12X120CM EST. SIMPLES (177552)	UNIDADE	R$ 22,96
92	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 5cm X 10m - ROLO	UNIDADE	R$ 39,43
93	FILTRO HEMOFLOW HF805	UNIDADE	R$ 1.793,06
94	FIXADOR DE TRAQUEÓSTOMO	UNIDADE	R$ 167,84
95	FIXADOR DE TUBO TRAQUEAL	UNIDADE	R$ 166,95
96	FIXADOR ESTÉRIL CATETER IV FIX	UNIDADE	R$ 2,32
97	FRALDA TAMANHO RN, P, M, G, GG, XG	UNIDADE	R$ 5,41
98	FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 300MLC/ LACRE	UNIDADE	R$ 5,49
99	LANCETA	UNIDADE	R$ 1,82
100	LÂMINA BISTURI Nº 11, Nº 15, Nº 20, Nº 22, Nº 23	UNIDADE	R$ 4,65
101	LÂMINA BISTURI Nº 12	UNIDADE	R$ 6,56
102	LINHA DE SANGUE ARTERIAL S/CATABOLHA	UNIDADE	R$ 103,20
103	LINHA DE SANGUE VENOSA	UNIDADE	R$ 103,20
104	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5 (PAR) SENSIFIRM	PAR	R$ 6,43
105	MALHA TUBULAR 4cm X 15m	MT	R$ 1,22

106	MALHA TUBULAR 6cm X 15m	MT	R$ 1,37
107	MALHA TUBULAR 8cm X 15m	MT	R$ 1,73
108	MALHA TUBULAR 10cm X 15m	MT	R$ 1,98
109	MALHA TUBULAR 12cm X 15m	MT	R$ 2,19
110	PLACA FLEXÍVEL P/ COLOSTOMIA (45/57/70mm)	UNIDADE	R$ 73,69
111	PINÇA DE BIÓPSIA SEM AGULHA DESCARTÁVEL	UNIDADE	R$ 221,20
112	PERFUSOR SET 120cm	UNIDADE	R$ 49,56
113	SERINGA DESCARTÁVEL 1ml C/ AGULHA	UNIDADE	R$ 3,79
114	SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 20cc	UNIDADE	R$ 4,28
115	SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 3cc	UNIDADE	R$ 1,08
116	SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 5cc	UNIDADE	R$ 1,39
117	SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 10cc	UNIDADE	R$ 2,05
118	SERINGA DESCARTÁVEL S/ AGULHA 60cc	UNIDADE	R$ 20,59
119	SERINGA DESCARTÁVEL PARA CONTRASTE	UNIDADE	R$ 110,25
120	SERINGA PERFUSORA 20ml	UNIDADE	R$ 75,04
121	SERINGA PERFUSORA 50ml	UNIDADE	R$ 80,32
122	SERINGA POLYFLUSH	UNIDADE	R$7,61
123	SERINGA P/USO DE BOMBA INJETORA CONTRASTE 200ML (43383)	UNIDADE	R$ 58,26
124	SISTEMA DRENAGEM MEDIASTINAL 2000ml	UNIDADE	R$ 164,77
125	SISTEMA FECHADO PARA COLETA DE SANGUE VAMP (ADULTO OU PEDIÁTRICO)	UNIDADE	R$ 412,89
126	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº04, Nº 06, Nº 08, Nº 10, Nº 12, Nº 14	UNIDADE	R$ 1,85
127	SONDA ASPIRAÇÃO URETRAL Nº4, 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18, 20	UNIDADE	R$ 2,49
128	SONDA FOLLEY 2 VIAS SILICONIZADA Nº 8 , 10 / 30CC	UNIDADE	R$ 58,78
129	SONDA FOLLEY 2 VIAS SILICONIZADA Nº 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24/30CC	UNIDADE	R$ 43,90
130	SONDA FOLLEY PED. Nº 10 100% SILICONE	UNIDADE	R$ 200,00
131	SONDA FOLLEY 2 VIAS Nº12, 14, 16, 18 e 20 - 100% SILICONE	UNIDADE	R$ 100,00
132	SONDA GÁSTRICA Nº 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22	UNIDADE	R$ 3,94
133	SONDA P/ NUTRIÇÃO ENTERAL ADULTO/PED	UNIDADE	R$ 300,00
134	SONDA RETAL Nº 20	UNIDADE	R$ 2,62
135	SISTEMA TUDO HD	UNIDADE	R$ 350,00
136	START LOCK	UNIDADE	R$ 80,00
137	TAMPÃO OCULAR (MONOCULO OCULAR)	UNIDADE	R$ 6,05
138	TIRA HGT	UNIDADE	R$ 5,25
139	TORNEIRA TRÊS VIAS P/ SOL. DISCOFIX (THREE-WAY)	UNIDADE	R$ 18,50
140	TUBO CONECTOR SECUFILL /INJEÇÃO MEIO CONTRASTE 23CM	UNIDADE	R$ 50,22
141	TUBO ORO TRAQUEAL PEDIÁTRICO COM E SEM BALÃO	UNIDADE	R$ 83,72
142	TUBO ORO TRAQUEAL ADULTO COM E SEM BALÃO	UNIDADE	R$ 152,72

ANEXO F

PREÇOS DE MATERIAIS ESPECIAIS, ÓRTESES E PRÓTESES		
	PRODUTO	VALOR
01	AGULHA BIOPSIA QC QUICK CORE REF QC-18-15.0-20T - 9013393/9035574	R$ 700,00
02	AGULHA P/PUNCAO PERCUTANEA RENAL 18GA 20CM REF 090020	R$ 500,00
03	ALCA POLIPECTOMIA ASJ-1-S REF ASJ-1-S - 9053984/9019561/9053984	R$ 498,69
04	AGULHA BIOPSIA OSSEA 8X4X10CM REF 180990	R$ 635,43
05	AGULHA BIOPSIA P/PROMAG 2.5 18GAX25CM REF 765018250	R$ 653,18
06	AGULHA BIÓPSIA SEMI-AUTO 18GX0,9CM 701218090 SUP CORE	R$ 180,00
07	AGULHA BIOPSIA RENAL 14GX15/20CM REF PRE1415 - 9008765/9014742	R$ 641,48
08	AGULHA BIOPSIA PRÓSTATA	R$ 701,49
09	AGULHA DE VERESS UV 120	R$ 591,18
10	ASPIRADOR MANUAL INTRA UTERINO IPAS AMIU	R$ 430,00
11	CANULA IPAS P/ASPIRAÇÃO - TODOS OS NÚMEROS	R$ 50,00
12	CONJUNTO DRENAGEM PNEUMOTÓRAX G56533	R$ 1.404,00
13	CONJUNTO DA MÁSCARA SOFT BABY + TRAQUÉIA	R$ 200,00
14	CARGA ARTICULADA 45MM TRI-STAPLE MARROM REF. EGIA45AVM - 9041481	R$ 2.575,71
15	CARGA AZUL ECR60B P/ GRAMP ARTICUL ECHELON 60MM	R$ 2.575,71
16	CARGA AZUL REF. ECR45B P/ ECHELON ARTIC 45MM EC45A	R$ 2.575,71
17	CARGA AZUL REF. 6R45B P/GRAMPEADOR 45MM ARTICULADO	R$ 2.575,71
18	CARGA BRANCA ECR45W P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF. ECR45W	R$ 2.575,71
19	CARGA BRANCA ECR60W P/GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM	R$ 2.575,71
20	CARGA BRANCA 45MM TR45W P/GRAMP ATS 45MM	R$ 2.337,24
21	CARGA DOURADA ECR45D P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF. EC45A –9021314	R$ 2.575,71
22	CARGA DOURADA ECR60D P/ GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM	R$ 2.362,41
23	CARGA MULTIFIRE ENDOGIA 45-3.5MM AZUL REF. 030422	R$ 2.575,71
24	CARGA MULTIFIRE GIA DST 80-3.8 /80-4.8AZUL TYCO REF. GIA8038L - 9041471	R$ 997,98
25	CARGA VERDE ECR45G P/ ECHELON ARTICUL 45 MM REF EC45A	R$ 2.575,71
26	CARGA VERDE ECR60G P/ GRAMP ARTICULADO ECHELON 60MM	R$ 2.362,59
27	CARGA 6 LINHAS REF SR75 P/ GRAMP LINEAR NTLC75 ETHICON	R$ 1.147,18
28	CARGA ARTICULA TRI STAPLE 45MM REF. EGIA45AXT - 9057583/9057584	R$ 2.453,06
29	CATETER PICC PERIF C-PICS-501J 5F E TAMU – 9027566 COM KIT US	R$ 1.938,69
30	CATETER POWER PICC 3CG 1/2/3 LUMEN COM KIT US 5FR	R$ 2.000,00
31	CATETER POWER PICC 4/5FR DUPLO LUMEN COM KIT US	R$ 2.548,36
32	CATETER TOT IMPLANT PORT 6,6FRX76CM REF. 0603880	R$ 3.569,36
33	CATETER UMBILICAL 2,5 FR MONO LUMEN REF.544-25-GABISA	R$ 454,46
34	CATETER URETERAL 5FR 70CM REF. 020015 - 9000349	R$ 399,59

35	CATETER DUPLO LUMEN P/HD 12FRX20CM REF. CV-15122-FBZ	R$ 1.618,47
36	CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 7FRX 20CM	R$ 433,18
37	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 14GAX20CM REF. CVC-M1420	R$ 268,22
38	CATETER TRIPLO LUMEN	R$ 450,00
39	CATETER DIAG JL 3,5 5 FR REF 534518T - 9000317/9012192/9000697	R$ 590,01
40	CATETER DIAGNOSTICO IMPULSE 6F ALI REF. H74916599960 - 9045103	R$ 515,47
41	CATETER PICC VYGON 2FR 1 VIA – CEI COM KIT US	R$ 2.461,63
42	CATETER PIGTAIL 6 FR OX	R$ 557,73
43	COTONOIDE 13X13MM REF. 801400 - J&J	R$ 302,02
44	COTONOIDE 13X38MM REF. 801404- J&J CODMANAp	R$ 307,76
45	COTONOIDE 25x76MM REF. 801408 - J&J	R$ 345,83
46	DISPOSITIVO PARA SELANTE ANGIO SEAL 8FR	R$ 2.000,00
47	DRENO BLAKE 10FR HUBLESS C/TROCARTE 1/8	R$ 518,62
48	DRENO J. PRATT PLANO 7MM BLAKE C/TROCARTE 3/16	R$ 478,82
49	DRENO TORACICO SINAPI C/SISTEMA ASPIRAÇÃO 1000ML	R$ 1.000,00
50	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORARIO	R$ 849,12
51	ENDOCATH GOLD 10MM	R$ 720,00
52	ENDOCATH GOLD 15MM	R$ 900,00
53	ENXERTO PERICARDIO BOVINO 11x6	R$ 818,80
54	EVACUADOR DE ELLIK 350ML	R$ 600,00
55	FIO GUIA HIDROFILICO INDOVASIVE0,018" X150CM MEDICAL NORDE - 9017028	R$ 932,76
56	FIO GUIA LUNDERQUIST TSCMG-35-300-E-LESDC REF. G53971 - 9041647	R$ 1.936,76
57	FIO GUIA NITINOL ZIPWIRE 0,035X150CM REF. M00663020581	R$ 938,50
58	FIO GUIA PERIFERICO SV 14/18 RETO / 180 REF.507714J - 9091616/9045869	R$ 2.211,94
59	FIO GUIA RETO HIDROF 0,035X145 REF. RPC-35-145 COD. G06979	R$ 1.038,14
60	GRAMPEADOR CIRCULAR CURVO CDH33 A J&J	R$ 2.000,00
61	GRAMPEADOR CIRCULAR CURVO CHDH258 INTRALUMINAR J&J	R$ 2.000,00
62	GRAMPEADOR CIRCULAR CURVO CHDH298 INTRALUMINAR	R$ 2.000,00
63	GRAMPEADOR CIRCULAR CONTOUR CS40G J&J	R$ 2.000,00
64	GRAMPEADOR ECHELON FLEX ARTICULADO 45MM EC45A J&J	R$ 4.409,62
65	GRAMPEADOR ECHELON FLEX POWERED PSE45A	R$ 1.700,00
66	GRAMPEADOR ECHELON FLEX POWERED VASC PVE35A	R$ 1.700,00
67	GRAMPEADOR ENDO LINEAR CORTANTE REF. CEAB-30	R$ 1.700,00
68	GRAMPEADOR ENDO LINEAR CORTANTE REF. CEAC-30	R$ 1.700,00
69	GRAMPEADOR ENDOSC SECURESTRAP STRAP25	R$ 1.700,00
70	GRAMPEADOR ENDOSCOPICO ATS45 ARTICULADO J&J	R$ 2.425,00
71	GRAMPEADOR HASTE CURTA ECHELON FLEX ARTICUL 60 MM :SC60A J&J	R$ 2.425,00
72	GRAMPEADOR HASTE LONGA ECHELON FLEX ARTICUL 60 MM EC 60A J&J	R$ 2.425,00

73	GRAMPEADOR LINEAR C/ SELETOR REF NTLC75 J&J	R$ 2.425,00
74	GRAMPEADOR P/HERNIA SORBAFIX 15 GRAMPOS	R$ 1.700,00
75	GRAMPEADOR P/HERNIA SORBAFIX 30 GRAMPOS	R$ 2.000,00
76	GRAMPEADOR P/HERNIA 15 GRAMPOS CAPSURE	R$ 1.700,00
77	INTRODUTOR KSAW-6.0-18/38-55-RB-ANL2-HC FLEXOR	R$ 1.868,40
78	INTRODUTOR PROTESE BILIAR OA-11.5 COOK - 9009701	R$ 3.016,23
79	INTRODUTOR 5F CORDIS - REF 504605X J&J -	R$ 960,06
80	INTRODUTOR 5F PEDIATRICO COM GUIA 0,21MM RETO REF. 504-605S	R$ 512,51
81	INTRODUTOR 6F AVANTI PLUS REF. 504606X	R$ 960,04
82	INTRODUTOR 6F PEDIATRICO COM GUIA 0,21 MM RETO 504606S J&J - 9000127	R$ 512,51
83	INTRODUTOR 7F CORDIS REF 504607X	R$ 960,06
84	KIT GASTROSTOMIA PEG 24 PULL-I-S REF. PEG-24- PULL-I-S	R$ 2.226,40
85	KIT CATETER 20GAXX5CM POLIURETANO	R$ 100,00
86	KIT PUNÇÃO P/ULTRASSOM 21	R$ 200,00
87	LIGASURE P/ CIRURGIA ABERTA LS1120/LS1100	R$ 3.800,00
88	LAMINA SHAVER COOLCUT 4MM EXCALIBUR REF. AR-8400EX - 9042279	R$ 1.203,30
89	MANIPULADOR UTERINO 7CM - UM 700 - INOVANE	R$ 1.800,58
90	PAPILOTOMO DESC TRIP LUMEN REF. KD-V411M-0730 ENDOMEDICAL - 9017768/9039518/9036215/9036214/9033891/9015942	R$ 2.698,42
91	PAPILOTOMO TRIPLO LUMEM ULTRATOME XL 3591 BOSTON-9017768/9027583 /9039516/9033891/9036214/9036215	R$ 2.692,87
92	PERNEIRA FLOWTRON PANTURRILHA 43CM REF.DVT10 RESMEDICAL - 9043501/9030091/9030090/9043502 QUALQUER TIPO E TAMANHO	R$ 876,07
93	PONTEIRA SHAVER GREAT WHITE 4,2MM REF. 9299A	R$ 2.058,62
94	PRONGA (CANULA NASAL) CPAP Nº 0 - INFANTIL-BABY EASY - 9000427/9000428/90004299015189	R$ 800,00
95	PROTESE BILIAR CLSO-11.5-10	R$ 1.274,84
96	PROTESE BILIAR OACL-10-12 REF. G25382 - 9013396/9030300/9030301/9030302/9032632/9032633	R$ 2.500,54
97	RESERVATORIO J. PRATT 100 ML REF 2160 J&J	R$ 369,24
98	RESERVATORIO J.PRATT 450ML REF: 2162 J&J	R$ 388,03
99	STENT WALLSTENT CAROTIDEO 07X30MMX135CM REF. SCH 64707	R$ 13.911,35
100	STENT WALLSTENT CAROTIDEO 07X50MMX135CM REF. SCH64709	R$ 13.911,35
101	STENT WALLSTENT CAROTIDEO 8X40MMX135CM REF. SCH64708	R$ 13.911,35
102	SENSOR BIS QUATRO ASPECT ADULTO 186-0106 - 9017694	R$ 451,21
103	TELA DE PROLENE 15 X 15 CM XYPMH1 J&J	R$ 581,49
104	TESOURA ULTRASSONICA 36CM HD 1000I	R$ 3.800,00
105	TESOURA COAGUL CURVA ACE PLUS +7 23X5MM HARH23-9035549/9034805/9031965	R$ 3.800,00

ANEXO G

PREÇOS DAS DIETAS		
CLASSE	**PRODUTO**	**VALOR**
TNO ADULTO	CUBITAN 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	DIASIP 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	ENSURE PROTEIN 220ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	FORTICARE 125ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	FRESUBIN PROT ENERGY DRINK 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	GLUCERNA 1.5 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	IMPACT 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	FRESUBIN JUCY DRINK 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	FRESUBIN LIPID DRINK 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NOVASOURCE GC 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NOVASOURCE RENAL 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NOVASOURCE PROLINE	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NUTREN 1.5 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NUTREN 2.0 VIT DE FRUTAS 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NUTRIDRINK COMPACT 125ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN 125ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	NUTRIDRINK MF 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO ADULTO	PEPTAMEN 1.5 250ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNO PEDIATRIA	FORTINI MULTI FIBER 200ML	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBIN 2 KCAL HP FIBRE 500ML	R$ 740,20
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBIN ENERGY FIBER SF 1000ML	R$ 688,30
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBIN ENERGY SF 1000ML	R$ 747,07
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBINHP ENERGY SF 1000ML	R$ 699,52
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBIN ORIGINAL FIBER SF 1000ML	R$ 517,86
TNE ADULTO PADRÃO	FRESUBIN ORIGINAL SF 1000ML	R$ 355,08
TNE ADULTO PADRÃO	NUTRISON ENERGY 1.5 PACK 1000ML	R$ 627,80
TNE ADULTO PADRÃO	NUTRISON PROTEIN PLUS MF SF 1000ML	R$ 677,37
TNE ADULTO PADRÃO	NUTRISON SOYA 800G	R$ 202,55
TNE ADULTO PADRÃO	NUTRISON ENERGY MF 1000ML	R$ 653,53
MÓDULO - ESPESSANTE	RESOURCE THICKEN CLEAR 1,20G	R$ 5,24
TNE PEDIATRIA PADRÃO	FREBINI ENERGY SF 500ML	R$ 434,28
TNE PEDIATRIA PADRÃO	PEDIASURE 400G	R$ 91,75

TNE PEDIATRIA PADRÃO	INFATRINI 125ML	R$ 56,55
TNE PEDIATRIA PADRÃO	NUTRINI MULTI FIBER SF 500ML	R$ 232,55
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NOVASOURCE GC HP SF 1000ML	R$ 636,24
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NOVASOURCE GI CONTROL SF 1000ML	R$ 603,89
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	IMPACT 1.5 SF 1000ML	R$ 819,41
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	IMPACT SF 1000ML	R$ 626,00
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NUTRISON ADV. DIASON EBERGY HP SF 1000ML	R$ 940,95
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NUTRISON ADV. CUBISON PACK 1000ML	R$ 666,87
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NUTRISON ADV. PROTISON SF 500ML	R$ 550,64
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	PEPTAMEN 1.5 SF 1000ML	R$ 671,92
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	PEPTAMEN AF SF 1000ML	R$ 706,74
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	PEPTAMEN INTENSE SF 1000ML	R$ 1.130,65
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	PEPTAMEN JR PO 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	NEOCATE LCP 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	NEO ADVANCE 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	ALFARÉ 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	PREGOMIN PEPTI 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	APTAMIL PEPTI 400G	IINCLUSO NA DIÁRIA
TNE PEDIATRIA ESPECIALIZADA	ALFAMINO 400G	INCLUSO NA DIÁRIA
MÓDULO - PROTEÍNA	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G	INCLUSO NA DIÁRIA
MÓDULO - LIPÍDEO	TCM COM AGE – ATLHÉTICA NUTRITION	R$ 98,33
MÓDULO - LIPÍDEO	TCM SEM AGE 250ML - ATLHÉTICA NUTRITION	R$ 98,33
MÓDULO - AMINOÁCIDO	GLUTAMAX SACHE 10G	R$ 23,63
MÓDULO - PROBIÓTICO	RESOURCE FIBER MAIS 5G	R$ 5,31
MÓDULO - PROBIÓTICO	RESOURCE FIBER MAIS FLORA 5G	R$ 13,52
MÓDULO - ESPESSANTE	RESOURCE THICKEN-UP CL SACHE	R$ 5,71
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NOVASOURCE GC HP SF 1000ML SF	R$ 606,07
TNE ADULTO ESPECIALIZADA	NUTRISON ENERGY 1,5 SF 1000ML	R$ 598,05

ANEXO H

PREÇOS DOS PACOTES DA OFTALMOLOGIA		
PACOTES	**INCLUSÕES**	**VALORES**
CONSULTA OFTALMOLOGISTA	******	R$ 140,00
FACECTOMIA (Facoemulsificação) Inclusão: LENTE INTRAOCULAR DOBRÁVEL NACIONAL ESFÉRICA – R$ 420,00	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 2.416,62
FACECTOMIA (Facoemulsificação) Inclusão: LENTE MONOFOCAL NÃO TÓRICA – R$ 1.048,98	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 3.248,98
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (Trabeculectomia)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 1.958,25
APLICAÇÃO INTRAVÍTREA COM DROGA ANTIANGIOGÊNICA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 4.739,52
CIRURGIA DE PTERÍGIO SOB BLOQUEIO PERIBULAR SEM COLA BIOLÓGICA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 1.417,50
EXÉRESE DE TUMOR PALPEBRAL	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 918,75
CIRURGIA DE ESTRABISMO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 1.575,00
TRANSPLANTE DE CÓRNEA + FACECTOMIA POR FACO EMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 6.000,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 6.218,62
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 7.000,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 6.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 7.000,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER + ÓLEO DE SILICONE + INFUSÃO PFC	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 7.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +	Taxa de sala e equipamentos utilizados no	

MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER + ÓLEO DE SILICONE + INFUSÃO PFC	bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 7.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA + INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 8.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEBRANECTOMIA + ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA + INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 8.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA + INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 10.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA + INFUSÃO DE GÁS C3F8 + FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 10.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + RETINOPEXIA + ENDOLASER + INFUSÃO DE PFC + OLEO DE SILICONE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 10.500,00
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA + MEMBRANECTOMIA + ENDOLASER + INFUSÃO DE PFC + OLEO DE SILICONE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 10.500,00
DELAMINAÇÃO CORNEANA-LASIK MONOCULAR/PRK Incluso: Honorário Médico	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 2.100,00
IMPLANTE DE ANEL INTRA-ESTROMAL	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 2.800,00
IMPLANTE FARMACOLÓGICO E POLÍMERO COM LIBERAÇÃO CONTROLADA - ORZUDEX	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 5.775,00
FOTOTRABECULOPLASTIA MONOCULAR A LASER Incluso: Honorário Médico	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 530,25
IRIDECTOMIA MONOCULAR A LASER Incluso: Honorário Médico	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 530,25
SINEQUIOTOMIA MONOCULAR-A LASER Incluso: Honorário Médico	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 530,25
PTOSE PALPEBRAL (Monocular)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 587,33
PTOSE PALPEBRAL (Binocular)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 1.260,00

TRANSPLANTE DE CÓRNEA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 5.775,00
PACOTE DE HONORÁRIO PARA CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA INFANTIL		
FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE (APARTAMENTO)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 4.500,00
FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO COM IMPLANTE DE LENTE (ENFERMARIA)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R$ 2.562,20

ANEXO I

PREÇOS DOS PACOTES DE HONORÁRIOS - UROLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
31101186	Nefrectomia radical unilateral	R$ 1.991,20
31101569	Nefrectomia parcial laparoscópica unilateral	R$ 1.841,02
31101194	Nefrectomia total unilateral	R$ 1.912,71
31101526	Pieloplastia laparoscópica unilateral	R$ 2.013,44
31101275	Nefrolitrotripsia percutânea unilateral (MEC, EH ou US)	R$ 1.991,20
31101585	Nefrectomia total unilateral por videolaparoscopia	R$ 1.841,02
31102077	Colocação uretroscópica de duplo J unilateral	R$ 333,72
31102360	Ureterorrenolitotripsia flexível a laser unilateral	R$ 1.546,24
31102379	Ureterorrenolitotripsia rígida unilateral	R$ 1.379,38
31104193	Uretroplastia anterior	R$ 1.690,85
31104207	Uretroplastia posterior	R$ 1.690,85
31104223	Uretrotomia interna	R$ 540,63
31103472	Retirada endoscópica de duplo J	R$ 378,22
31103332	Incontinência urinária – sling vaginal ou abdominal	R$ 1.657,48
31103456	Tumor vesical – ressecção endoscópica	R$ 1.079,03
31103251	Enterocistoplastia (ampliação vesical)	R$ 2.947,86
31103073	Cistectomia radical (inclui prostata ou útero)	R$ 3.214,84
31201121	Prostatectomia a céu aberto	R$ 1.539,56
31201130	Ressecção endoscópica da próstata	R$ 1.379,38
31201148	Prostatavesiculectomia radical laparoscópica	R$ 2.547,40
	Pacote de honorários para cirurgia de prostatectomia com assistência robótica. Inclusões: Honorários do cirurgião, 1º auxiliar e 2º auxiliar e anestesista	R$ 12.000,00

ANEXO J

PREÇOS DOS PACOTES DOS TESTES GENÉTICOS		
CÓDIGOS	**PACOTES**	**VALORES**
4.05.01.05-1	Cariótipo banda G Constitucional	R$ 449,84
4.05.01.05-1	Cariótipo banda G Hematológico – Sangue periférico	R$ 449,84
4.05.03.01-1	Plaminogênio Tissular (4G/5G – PAI 1) - Polimorfismo	R$ 247,80
4.05.01.08-6	Síndrome X frágil PCR	R$ 582,02
4.05.03.23-2	Trissomias Fetais	R$ 1.868,48
4.0502.23-6	Ácidos Orgânicos - Qualitativo	R$ 1.913,75
4.05.01.04-3	Cariótipo Banda G – Medula Óssea	R$ 599,60
4.05.01.05-1	Cariótipo com Banda G	R$ 449,84
4.05.01.17-5	Cariótipo de líquido amniótico	R$ 823,20
4.05.03.24-0	CGH + SNP Array	R$ 2.845,00
4.05.02.19-8	Cromatografia de Aminoácidos	R$ 2.377,83
4.05.01.14-0	HER2 / NEU (LSI 17Q21.1 FISH 9HIBRIDAÇÃO)	R$ 1.903,00
4.05.03.05-4	MTHFR – Mutações C677T e A1298C	R$ 308,74
4.05.03.05-4	Mutação MTHFR	R$ 308,74
4.05.03.22-4	Painel modelo para infecções neurológicas (líquor)	R$ 2.845,00
4.05.03.81-0	Sequenciamento completo do Exoma	R$ 2.845,00
4.05.03.24-0	SNP - Array	R$ 2.845,00
4.05.03.80-1	Painel para câncer de mama e ovário hereditário completo - 45 genes	R$ 2.178,15
4.05.03.25-9	Painel para autismo	R$ 2.900,00

ANEXO K

RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE	
	ITEM
1	Abaixador de língua
2	Absorvente higiênico
3	Aconchego
4	Água oxigenada
5	Álcool absoluto
6	Álcool iodado
7	Algodão bola e hidrofílico
8	Aparelho para tricotomia
9	Aquecedor e manta térmica
10	Azul de metileno
11	Bacia plástica
12	Band-aid / Blood stop
13	Bandeja para raquianestesia
14	Bisturi e placa descartável
15	Blusas descartáveis
16	Bolsa de água quente
17	Bom ar
18	Bomba para ordenha
19	Borracha de silicone
20	Borracha para aspirador
21	Cabo bipolar / caneta eletrocirúrgica descartável com cabo
22	Cadeira de apoio para banho
23	Calçados ortopédicos
24	Camisa para microcâmera
25	Campo cirúrgico (operatório) descartável
26	Caneta injetora de insulina e refil correspondente
27	Cânula de Guedel
28	Clorexidina degermante
29	Clorexidina solução antisséptica
31	Clorexidina tintura alcoólica
32	Cotonete (exceto procedimento oftalmológico)

33	Detergentes enzimáticos
34	Dermoprotetores loção, creme e spray
35	EPI - avental descartável, kit cirúrgico lifesaver, luva de procedimento (látex, não estéril, estéril e estéril hipoalergênico), máscara, propé e touca)
36	Éter
37	Fitoterápicos
38	Formol
39	Máscara não-reinalante
40	Bitrack
41	Pastilhas e spray (antiinflamatórias/analgésicas para afecções da faringe)
42	PVPI degermante
43	PVPI tópico
44	Shampoo / sabonete / hidratante (ex.: Deltacid)
45	Simdax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de betabloqueador nas últimas 24horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos)
46	Tintura de benjoim
47	Tuberculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal)
48	Transofix
49	Vacinas, imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde)

2. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE

Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médico-cirúrgicos:

a. Cirurgia plástica estética de embelezamento de qualquer natureza;

b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

c. Utilização de artigos importados quando houver similar nacional de boa qualidade;

d. Aquisição de óculos e aparelhos correlatos;

e. Cirurgias não-éticas, inclusive interrupção de gestação;

f. Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e outros Conselhos e, tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

g. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

h. Internação para rejuvenescimento e obesidade com finalidade estética;

i. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;

j. Teste de DNA e implante hormonal;

k. Internação para CHECK-UP, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

Além dos atendimentos médico-cirúrgicos elencados no item anterior, **não serão** cobertos **aos usuários da PASS** pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos (~~médico-cirúrgicos~~) (Portaria Nº 117-DGP, de 19 de MAIO de 2008):

a. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

b. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

c. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

d. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;

e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

f. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;

g. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

h. Aplicação de vacinas preventivas;

i. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

j. Aparelhos ortopédicos;

k. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;

l. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;

m. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;

n. Enfermagem em caráter particular;

o. Avaliações pedagógicas;

p. Orientações vocacionais;

q. Psicoterapia com objetivos profissionais;

r. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém-nascido patológico;

s. Asilamento de idosos;

t. Tratamentos ortodônticos ou de implantodontia;

u. Próteses odontológicas de qualquer tipo;

v. Transplantes ósseos e implantes;

w. Restaurações utilizando porcelana; e

x. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos; e

y. Aquisição de artigos por importação;

As seguintes despesas e procedimentos médico-odonto-hospitalares **não serão cobertos nem financiados pelo SAMEx-Cmb**, sendo vedada a sua implantação (Nota Informativa Nº 001 - DSau, de 13 de outubro de 2011):

a. Atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de beneficiário previsto o número 6) da alínea b, do item 4, da Nota referida), após a alta da mãe;

b. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo;

c. Tratamentos e manutenção ortodônticos, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia ortognática eletiva e implantodontia, inclusive próteses odontológicas ligadas a estes;

d. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de próteses odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);

e. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias;

f. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias;

g. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área;

h. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;

i. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;

j. Aquisição de óculos e artigos correlatos;

k. Hospitalização que objetive, especificamente, os tratamentos de portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;

l. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;

m. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;

n. Aquisição de Órteses e Próteses importadas ou por meio de importação, mesmo registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

o. Implante hormonal;

p. Teste de DNA;

q. Tratamento de infertilidade, fecundação e fertilização; e

r. E outros a critério do Chefe do Departamento Geral do Pessoal (DGP), ouvida a Diretoria de Saúde (D Sau).

Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim, tudo o que não for pago pelo CREDENCIANTE, serão cobrados pelo CREDENCIADO diretamente do paciente ou seu responsável, sem que o CREDENCIADO seja interveniente; e

A cobertura de **transplantes de córnea e rim** bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos **será autorizada para**:

a. As despesas assistenciais com doadores vivos;

b. Os medicamentos utilizados durante a internação;

c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção;

d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS);

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens 2 e 3, no que couber, e mediante negociação.

Recife-PE, 29 de Dezembro de 2025.

ANDREA GUIMARÃES GURGEL – Cel Med QEMA

Diretora do Hospital Militar de Área de Recife