

**ANEXO II – REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE – H Mil A Recife – 2016**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE – 7ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**

## 1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as definições e conceituações, tabelas, índice, valores e outros serviços de saúde objeto do credenciamento de Organizações Civas 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), 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. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

**2.1 Procedimentos médicos realizados em Organização de Saúde (OCS) que não disponham de leitos hospitalares (ATENDIMENTO AMBULATORIAL) – Serviços e Exames Complementares de Diagnósticos e Terapia (SADT) em Geral.**

Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme tabela a seguir:

1 A	R\$ 8,00	5 C	R\$ 184,00	10 B	R\$ 608,00
1 B	R\$ 16,00	6 A	R\$ 200,00	10 C	R\$ 676,00
1 C	R\$ 24,00	6 B	R\$ 220,00	11 A	R\$ 716,00
2 A	R\$ 32,00	6 C	R\$ 240,00	11 B	R\$ 784,00
2 B	R\$ 42,00	7 A	R\$ 260,00	11 C	R\$ 860,00
2 C	R\$ 50,00	7 B	R\$ 280,00	12 A	R\$ 892,00
3 A	R\$ 69,00	7 C	R\$ 340,00	12 B	R\$ 960,00
3 B	R\$ 88,00	8 A	R\$ 368,00	12 C	R\$ 1.176,00
3 C	R\$ 100,00	8 B	R\$ 384,00	13 A	R\$ 1.292,00
4 A	R\$ 120,00	8 C	R\$ 408,00	13 B	R\$ 1.420,00

4 B	R\$ 132,00	9 A	R\$ 436,00	13 C	R\$ 1.570,00
4 C	R\$ 148,00	9 B	R\$ 476,00	14 A	R\$ 1.750,00
5 A	R\$ 160,00	9 C	R\$ 524,00	14 B	R\$ 1.900,00
5 B	R\$ 172,00	10 A	R\$ 560,00	14 C	R\$ 2.100,00

Os atos 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 7 h do dia seguintes**, em **qualquer horário aos sábados, domingos e feriados**.

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

Os valores das consultas médica ambulatorial e de urgência serão de **R\$ 60,00 (sessenta reais)**.

O valor da consulta de visita médica será de **R\$ 32,00 (trinta e dois reais)**.

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.

Retorno de consulta de urgência: **não existe retorno** nos atendimentos em Pronto Socorro.

**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**.

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

**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.

**Psiquiatria**: em **regime ambulatorial** o beneficiário tem direito a consulta – **uma a cada quinze dias** – e sessões psicoterápicas. As **sessões psicoterápicas** com psiquiatra estão limitadas a **duas sessões semanais** por beneficiário.

As remunerações dos **portes anestésicos** serão as seguintes:

PORTES	VALORES (R\$) ENFERMARIA	VALORES (R\$) APARTAMENTO
1	163,09	326,18
2	238,70	477,40
3	351,33	702,66
4	519,43	1.038,86
5	803,48	1.606,96
6	1.121,22	2.242,44

7	1.595,23	3.190,46
8	2.104,56	4.209,12

*2.1.1 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM, ULTRA-SONOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOTERAPIA, EXAMES ESPECÍFICOS, TESTES PARA DIAGNÓSTICOS e OUTROS*

Os Métodos Diagnósticos por Imagem contemplam: Radiografias, Outros Exames (como *Densitometria Óssea e Mamografia Convencional e Digital*), Procedimentos Especiais (como *Colangiopancreatografia Retrógrada, Fistulografia e Punção Aspirativa orientada por Rx*), Neurorradiologia Radioscopia, Angiorradiologia e Métodos Intervencionistas / Terapêuticos por Imagem.

A *Ultra-Sonografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética* contemplam respectivamente: Ultra-sonografia Diagnóstica e Intervencionista, Tomografia Computadorizada Diagnóstica e Intervencionista e Ressonância Magnética Diagnóstica e Intervencionista.

A *Radioterapia* contempla: Radioterapia Externa e Radioterapia Intervencionista.

Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura à Seção de Auditoria e Lisura do H Mil A Recife. Exames que não preveem o uso de contraste **somente terão o contraste remunerado se prescrito na requisição médica.**

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para procedimentos não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários médicos o porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

Para *métodos diagnósticos por imagem, ultra-sonografia e tomografia computadorizada* realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

*2.1.2 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de MEDICINA LABORATORIAL e TRANSFUSIONAL*

A **Medicina Laboratorial** contempla: Bioquímica, Coprologia, Hematologia Laboratorial, Endocrinologia Laboratorial, Imunologia, Líquidos (*Cefalorraqueano – Líquor –, Seminal, Amniótico, Sinovial e outros*), Microbiologia, Urinálise, Toxicologia / Monitorização Terapêutica, Biologia Molecular e Diversos.

Já a **Medicina Transfusional** contempla: Transusão, Processamento e Procedimento

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os

**honorários médicos o porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

### *2.1.3 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos ANATOMIA PATOLÓGICA e CITOPATOLOGIA*

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários médicos o porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o CREDENCIADO deverá remeter à Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE relatório simplificado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

### *2.1.4 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos ENDOSCÓPICOS*

Contempla os procedimentos de **Endoscopia Digestiva e Endoscopia Intervencionista**.

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários médicos o porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

Para exames endoscópios realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

### *2.1.5 Demais Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos*

Para os exames **não** descritos nos itens anteriores (2.1.1, 2.1.2 e 2.1.3), será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários profissionais o porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

Para os demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

## 2.2 Medicamentos, Quimioterápicos e Radiofármacos

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) **com acréscimo de 18 % (dezoito por cento)**. O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, ou seja, 17% (dezesete por cento).

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico **não** será pago quimioterápico de marca, e **sim** o genérico.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme **dose fracionada consumida**.

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

Medicamentos de valor monetário **superior a R\$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

**Antibióticos e antifúngicos** necessitam de aprovação pelo médico auditor.

## 2.3 Materiais Descartáveis

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO SEM TAXA** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R\$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

## 2.4 Filme Radiológico

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. O valor a ser pago, por metro quadrado do filme, será de **R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos)**.

## 2.5 Fisioterapia Ambulatorial e Domiciliar

As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, com **Custo Operacional (UCO) de R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários fisioterapêuticos**, ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

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.

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 fisioterapia relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>VALOR R\$</b>
20103115	Pilates atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	R\$ 25,00
50025129	RPG	R\$ 40,00
5002512	Fisioterapia (Drenagem Linfática)	R\$ 40,00
50025116	Hidroterapia	R\$ 30,00

### 2.6 Terapia Ocupacional

As sessões de terapia ocupacional serão remuneradas conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, com **Custo Operacional (UCO) de R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários do terapeuta ocupacional**, ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

As Sessões de fisioterapia relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

<b>TERAPIA OCUPACIONAL</b>		
<b>Avaliação / Consulta</b>	<b>Sessão</b>	<b>Domiciliar</b>
R\$ 42,00	R\$ 42,00	R\$ 69,00

### 2.7 Fonoaudiologia

As sessões de fonoaudiologia deverão ter a duração de **50 minutos**, e serão remuneradas da seguinte forma:

<b>FONOAUDIOLOGIA</b>		
	<b>Avaliação/Consulta</b>	<b>Sessão</b>
<b>Fonoaudiologia Clínica</b>	R\$ 42,00	R\$ 42,00
<b>Fonoaudiologia Domiciliar</b>	R\$ 42,00	R\$ 69,00

### 2.8 Nutrição

As consultas de nutrição serão remuneradas da seguinte forma:

<b>NUTRIÇÃO</b>	
<b>Avaliação / Consulta Ambulatorial</b>	<b>Consulta Domiciliar</b>

R\$ 42,00	R\$ 69,00
-----------	-----------

## 2.9 Psicologia

As sessões de psicologia deverão ter a duração de **50 minutos**, e serão remuneradas da seguinte forma:

PSICOLOGIA		
Avaliação / Consulta	Sessão	Sessão Familiar
R\$ 42,00	R\$ 50,00 <sup>(1)</sup>	R\$ 69,00 <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Psicoterapia individual e infantil

<sup>(2)</sup> Psicoterapia de casal

## 2.10 Odontologia Buco-Maxilo-Facial

Os procedimentos em cirurgia hospitalar serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, com o Custo Operacional (UCO) de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários odontológicos**, ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

## 2.11 Radiologia Odontológica

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA			
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR em R\$	INTRUÇÕES
50011001	Radiografia intra oral periapical	7,00	-
500111006	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) – 14 radiografias	75,00	Composto por <b>10 radiografias periapicais e 4 interproximais</b> . Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011002	Radiografia intra oral interproximal - Bite-Wing	7,00	-
50011003	Radiografia intra oral oclusal	13,50	-
50011004	Radiografia Pósterio-Anterior	27,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011005	Radiografia da ATM Série Completa (3 incidências)	67,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011006	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (Ortopantomografia)	22,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	Radiografia panorâmica de mandíbula /		<b>Para Implantes</b> . Somente em

	maxila (Ortopantomografia) com traçado para implante	25,00	Laboratório de Radiologia Especializado.
50011007	Telerradiografia com traçado cefalométrico	25,00	<b>Com 2 traçados cefalométricos.</b> Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011008	Telerradiografia	20,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
500081019	Traçado cefalométrico	5,00	Somente <b>para traçado adicional (máximo de 1)</b> solicitado por especialista em ORTODONTIA.
50011009	RX mão e punho - carpal	25,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011010	Modelos ortodônticos (par)	25,00	<b>Modelos de estudo para Ortodontia</b> (jogo articulado AS/AI) e/ou <b>Cirurgia Ortognática.</b> Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. <b>Não</b> devem ser considerados para implantes.
	Modelo Ortodôntico Digital 3D	35,00	<b>Modelos de estudo digitalizados para Ortodontia e/ou Cirurgia Ortognática.</b> Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. <b>Não</b> devem ser considerados para implantes
50011012	Fotografias	7,00	<b>Valor unitário. No máximo de 8 (oito).</b> Devem ser <b>entregues impressas e em CD.</b> Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA, CBMF e/ou IMPLANTODONTIA.
	Documentação Ortodôntica Básica	110,00	Inclui <b>panorâmica, telerradiografia c/ análise cefalométrica (2 traçados), modelos de estudo c/ discrepância, 8 fotos</b> (03 extra-bucais: frente, perfil, perfil sorrindo e 05 intra-bucais: 02 laterais e 01 frontal, 02 oclusais), <b>CD com as imagens, caixa para modelos e pasta para as fichas.</b>



			Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	Documentação Ortodôntica completa	120,00	Documentação Ortodôntica Básica + Modelo Ortodôntico Digital 3D
	Documentação padrão Dolphin 2D	225,00	Para planejamento de Cirurgia Ortognática
	Documentação padrão Dolphin 3D	400,00	Para planejamento de Cirurgia Ortognática
50011162	Tomografia Odontológica CONE BEAM (para ATM) – Duas Posições – Volumétrica	130,00	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.
50011158	Tomografia Odontológica CONE BEAM (1 ou 2 Elementos Dentários) – Volumétrica	110,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011159	Tomografia Odontológica CONE BEAM (1 Arco Dental) – Volumétrica	160,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011160	Tomografia Odontológica CONE BEAM (2 Arcos Dentais) – Volumétrica	280,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.

**OBSERVAÇÃO:**

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.

## 2.12 Taxas Ambulatoriais

As taxas de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme o Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente.

**2.13 Procedimentos médicos realizados em Organização Civil de Saúde (OCS) que disponham de leitos hospitalares (ATENDIMENTO HOSPITALAR) / Serviços e Exames Complementares de Diagnósticos e Terapia (SADT) em Geral.**

Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para procedimentos não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme tabela a seguir:

1 A	R\$ 8,00	5 C	R\$ 184,00	10 B	R\$ 608,00
1 B	R\$ 16,00	6 A	R\$ 200,00	10 C	R\$ 676,00
1 C	R\$ 24,00	6 B	R\$ 220,00	11 A	R\$ 716,00
2 A	R\$ 32,00	6 C	R\$ 240,00	11 B	R\$ 784,00
2 B	R\$ 42,00	7 A	R\$ 260,00	11 C	R\$ 860,00
2 C	R\$ 50,00	7 B	R\$ 280,00	12 A	R\$ 892,00
3 A	R\$ 69,00	7 C	R\$ 340,00	12 B	R\$ 960,00
3 B	R\$ 88,00	8 A	R\$ 368,00	12 C	R\$ 1.176,00
3 C	R\$ 100,00	8 B	R\$ 384,00	13 A	R\$ 1.292,00
4 A	R\$ 120,00	8 C	R\$ 408,00	13 B	R\$ 1.420,00
4 B	R\$ 132,00	9 A	R\$ 436,00	13 C	R\$ 1.570,00
4 C	R\$ 148,00	9 B	R\$ 476,00	14 A	R\$ 1.750,00
5 A	R\$ 160,00	9 C	R\$ 524,00	14 B	R\$ 1.900,00
5 B	R\$ 172,00	10 A	R\$ 560,00	14 C	R\$ 2.100,00

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

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

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

As remunerações dos **portes anestésicos** serão as seguintes:

PORTES	VALORES (R\$) ENFERMARIA	VALORES (R\$) APARTAMENTO
1	163,09	326,18
2	238,70	477,40
3	351,33	702,66
4	519,43	1.038,86
5	803,48	1.606,96
6	1.121,22	2.242,44

7	1.595,23	3.190,46
8	2.104,56	4.209,12

### 2.13.1 Diárias Hospitalares

As diárias hospitalares de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme o Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente.

#### 2.13.1.1 Acomodações

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

##### I – para oficiais e seus dependentes

- a) quarto privativo; e
- b) quarto semi-privativo.

##### II – para subtenentes e sargentos e seus dependentes

- a) quartos privativos;
- b) quartos semi-privativos; 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) quartos semi-privativos; e
- b) enfermaria de até seis leitos.

##### V – para ex-combatentes e seus dependentes

- a) quarto privativo;
- b) quarto semi-privativo; 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:

Cargos ou funções de Servidores Civis	Padrão de acomodação
<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultor Jurídico do Comando do Exército</li><li>- Cargo em Comissão – Direção e Assessoramento Superior (DAS-100)</li><li>- Cargo de Nível Superior – Classe “C” e Especial</li><li>- Professor de Ensino Superior – Titular e Associado</li><li>- Professor de ensino Fundamental e Médio – Classe “E” e Especial</li><li>- Ciência e Tecnologia – Pesquisador Associado e Titular</li><li>- Ciência e Tecnologia – Analista e Tecnologista – Pleno III e Sênior</li><li>- Advogado da União – Categoria Especial e Primeira Categoria</li></ul>	<p><b>Correspondente ao de Oficiais (I) – Oficial General, Coronel, Tenente Coronel, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Asp a Oficial.</b></p>

- 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” -Ciência e Tecnologia – Analista e Tecnologista – Júnior e Plenos I e II - Advogado da União – Segunda Categoria	
- 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	<b>Correspondente ao de subtenentes e sargentos (II).</b>
-Cargos de Nível Auxiliar – Classes “A”, “B”, “C” e Especial.	<b>Correspondente ao de Cabos (III).</b>

### 2.13.2 *Gasoterapia Hospitalar*

A gasoterapia ambulatorial ou hospitalar será remunerada conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente.**

### 2.13.3 *Taxa de Sala Cirúrgica*

As taxas de sala cirúrgica serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente.**

### 2.13.4 *Taxa pelo uso de equipamento médico-hospitalar*

As taxas de pelo uso de equipamentos médico-hospitalares serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente.**

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

### 2.13.5 *Medicamentos, Quimioterápicos e Radiofármacos*

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) de uso restrito hospitalar **com acréscimo de 18 % (dezoito por cento)**. O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, ou seja, 17% (dezessete por cento).

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico **não** será pago quimioterápico de marca, e **sim** o genérico.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme **dose fracionada consumida.**

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

Medicamentos de valor monetário **superior a R\$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

**Antibióticos e antifúngicos** necessitam de aprovação pelo médico auditor.

### 2.13.6 *Materiais Descartáveis*

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO SEM TAXA** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

*Os fios cirúrgicos serão pagos sem margem de comercialização.*

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R\$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

#### **2.13.7 Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME)**

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

Quando os OPMEs não constarem no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE**, o CREDENCIADO deverá apresentar **03 (três) orçamentos** que serão submetidos à auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de **menor valor, acompanhado do nota fiscal, com margem de comercialização de 15% (quinze por cento)**.

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

É expressamente proibida a substituição ou troca da OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no registro 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 comunicar o CREDENCIANTE em **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. A liberação ocorrerá em **até 7 (sete) dias úteis**, após a entrega dos orçamentos pelo CREDENCIADO ou fornecedor.

O CREDENCIADO deverá fazer constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização da OPME liberada, juntamente com a descrição do uso no relatório cirúrgico.

#### **2.13.8 Filme Radiológico**

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. O valor a ser pago, por metro quadrado do filme, será de **R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos)**.

#### **2.13.9 Serviços de Atendimento Diagnose e Tratamento (SADT) durante internação**

Os Serviços de Atendimento Diagnose e Tratamento durante a internação serão pagos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena** com o **Custo Operacional (UCO)** no igual a **R\$ 11,50 (onze reais e cinquenta centavos)** e para procedimentos não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações. Para os **honorários médicos** o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena**.

##### **2.13.9.1 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 (**CÓDIGOS: 20203047** ou **20203012**) e **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora (**CÓDIGOS: 20203055**) por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.

Para procedimentos fisioterapêuticos realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional .

#### 2.13.9.2 Fonoaudiologia Hospitalar

Será permitida a cobrança de uma sessão por dia no valor de **R\$ 19,50** (dezenove reais e cinquenta centavos) nas seguintes situações: disfagia no AVC agudo e outras patologias neurológicas e para estímulo sucção oral no recém-nascido prematuro.

Para procedimentos de fonoaudiologia realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – **CBHPM 4ª edição – setembro 2004 – plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, será utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional.

#### 2.13.9.3 Psicologia Hospitalar

O valor da consulta de psicologia hospitalar será de até **R\$ 32,00 (trinta e dois reais)**.

#### 2.13.10 Dieta enteral e parenteral

Serão pagas em conformidade com o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento.

### 3. OUTROS SERVIÇOS

#### 3.1 Serviço de Emissão de Laudos de Exames de Imagem

Compreende a emissão de laudos de exames de imagem, a saber: *densitometria, mamografia, radiografia e tomografia computadorizada*, realizados pelo Serviço de Radiologia do Hospital Militar de Área do Recife.

Os valores dos honorários médicos para a emissão de laudos de exames de imagem realizados são:

DENSITOMETRIA	
LAUDO DE EXAME	VALOR em R\$
Densitometria óssea – 2 segmentos (coluna e fêmur)	17,03

<b>MAMOGRAFIA</b>	
<b>LAUDO DE EXAME</b>	<b>VALOR em R\$</b>
Mamografia digital bilateral	20,53

<b>RADIOGRAFIA</b>	
<b>LAUDO DE EXAME</b>	<b>VALOR em R\$</b>
Abdome agudo	7,46
Abdome simples	6,97
Articulação coxofemoral (quadril)	5,95
Articulação tibiotársica (tornozelo)	5,84
Articulações sacroilíacas	6,07
Bacia	5,95
Calcâneo	5,84
Coxa	6,17
Escanometria	6,03
Joelho	5,94
Panorâmica dos membros inferiores	7,16
Patela	6,08
Pé ou pododáctilo	5,94
Perna	6,09
Coluna cervical – 3 incidências	10,66
Coluna cervical – 5 incidências	12,97
Coluna dorsal – 2 incidências	10,83
Coluna dorsal – 4 incidências	13,26
Coluna dorso-lombar para escoliose	7,02
Coluna lombo-sacra – 5 incidências	13,26
Coluna lombo-sacra – 3 incidências	10,91
Sacro-cóccix	7,09
Adenoides ou cavum	6,89
Arcos zigomáticos ou malar ou apófises estiloides	7,08
Articulação temporomandibular – bilateral	7,19
Cranio – 2 incidências	8,67
Cranio – 3 incidências	10,84
Cranio – 4 incidências	13,05
Orbitas – bilateral	7,19

Orelha, mastoides ou rochedos – bilateral	7,81
Ossos da face	7,19
Seios da face	7,08
Sela túrcica	7,01
Antebraço	6,96
Articulação acromioclavicular	5,92
Articulação escapuloumeral (ombro)	6,95
Articulação esternoclavicular	6,99
Braço	7,01
Clavícula	7,11
Costelas – por hemitórax	6,89
Cotovelo	6,69
Esterno	6,89
Mão ou quirodáctilo	6,88
Mãos e punhos para idade óssea	7,09
Omoplata ou escapula	6,99
Punho	6,74
Tórax – 1 incidência	8,78
Tórax – 2 incidência	8,97
Tórax – 3 incidência	13,27

<b>TOMOGRAFIA</b>	
<b>LAUDO DE EXAME</b>	<b>VALOR em R\$</b>
Tomografia – Abdome superior	43,23
Tomografia – Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	66,91
Tomografia – Angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve) arterial ou venosa	43,83
Tomografia – Angiotomografia de artéria abdominal	43,83
Tomografia – Angiotomografia de artéria torácica	43,83
Tomografia – Articulação (esternoclavicular ou Ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou Coxofemoral ou joelho ou pé) – unilateral	42,28
Tomografia – Articulações temporomandibulares	42,69
Tomografia – Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	39,00
Tomografia – Coração – para avaliação do escore de cálcio coronariano	45,40
Tomografia – crânio ou sela túrsica ou orbitas	47,47



Tomografia – Escanometria digital	31,72
Tomografia – Face ou seios da face	49,35
Tomografia – Mastoides ou orelhas	48,94
Tomografia – Pelve ou bacia	48,94
Tomografia – Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)	49,89
Tomografia – Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)	42,28
Tomografia – Tórax	58,34

### 3.2 Serviço em Cirurgia Ginecológica

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:

GIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO SIMPRO	MATERIAL ESPECIAL	VALOR em R\$
132247	Eletrodo Bipolar Versapoint tipo alça circuito	1.139,38
132248	Eletrodo Spring	1.234,33
132249	Eletrodo Twizzle	1.234,33
37993	Eletrodo Shaver	1.139,18
107928	Tesoura laparoscópica ultrassônica	1.277,10
116149	Manipulador uterino com Balão de Silicone	1.801,80
131305	Mocelador/Triturador uterino ou de miomas	1.872,70
135170	Tesoura laparoscópica bipolar	707,63
-	Taxa ressectoscopia	80,00
-	Taxa de bisturi	50,00
-	Taxa de cabo Versapoint	80,00

### 3.3 Terapia Renal Substitutiva

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA			
PROCEDIMENTO	VALOR PACOTE (R\$)	VALOR HONORÁRIOS (R\$)	VALOR FINAL (R\$)
Consulta em consultório	-	60,00	60,00
Pareceres e visitas hospitalares			

Aptº / Enfª / UTI	-	32,00	<b>32,00</b>
Implante por punção de catéter para Hemodepuração	390,00	142,80	<b>532,00</b>
Acesso venoso para hemodiálise (Confecção de fístula artério-venosa)	885,50	108,80	<b>994,00</b>
<b>Hemodepuração de casos agudos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 04 horas</b>	519,91	142,80	<b>662,00</b>
<b>Hemodepuração de casos agudos</b> (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) <b>até 12 horas</b>	573,16	187,00	<b>760,00</b>
Hemodiálise crônica (por sessão) <b>sem medicamentos Especiais *</b>	221,20	108,80	<b>330,00</b>
Hemodiálise crônica (por sessão) <b>com medicamentos Especiais *</b>	348,00	108,80	<b>456,00</b>
Hemodiálise crônica (por sessão) <b>paciente HIV<sup>+</sup> com medicamentos Especiais *</b>	522,00	108,80	<b>630,00</b>
Implante de catéter peritoneal	885,50	108,80	<b>994,00</b>
Diálise peritoneal automática hospitalar <b>por sessão de 12 horas</b>	522,96	142,80	<b>665,00</b>
Diálise peritoneal automática ( <b>pacientes crônicos em treinamento/ 09 dias</b> )	215,00	216,76	<b>2.151,00</b>
Diálise peritoneal automática ( <b>pacientes crônicos/ manutenção – 30 dias – sessões domiciliares diárias de até 12 horas</b> )	177,48	605,75	<b>5.930,00</b>

\* Medicamentos Especiais: Eritropoetina Humana, Calcitriol, Composto de Ferro.

### 3.4 Serviço de PSQUIATRIA, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL a nível ambulatorial

PSQUIATRIA / PSICOLOGIA / TERAPIA OCUPACIONAL		
PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	VALOR em R\$
Consulta Psiquiátrica (admissão)	-	<b>60,00</b>

Consulta Psicológica (admissão)	-	42,00
<b>Psicoterapia Individual</b>	Concomitante ao hospital dia – <b>02 vezes por semana</b> – valor unitário	<b>38,00</b>
<b>Psicoterapia de Grupo</b>	Concomitante ao hospital dia – <b>01 vez por semana</b> – valor unitário	<b>35,00</b>
<b>Acompanhamento Psiquiátrico</b>	Concomitante em hospital dia – <b>02 por mês</b> – valor unitário	<b>50,00</b>
<b>Acompanhamento Familiar</b>	Concomitante em hospital dia – <b>02 por mês</b> – valor unitário	<b>35,00</b>
<b>Hospital Dia / Day Clinic</b>	<b>Acomodação, Dieta, Higiene Pessoal, Rouparia, Cuidados de Enfermagem, Administração de Medicamentos, Oficinas nas Terapêuticas e de Reabilitação, Medicação Urgência</b>	<b>140,00</b>

### 3.5 Atendimento em HOME CARE

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) da Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar (ABEMID).

A inclusão, a classificação e a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico auditor militar. Assim como a alta do serviço domiciliar.

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 em R\$
<b>ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas) COM RESPIRADOR</b>	<b>INCLUSO:</b> 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	<b>1.000,00</b>

	<p>médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais)</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, <b>por medicamento e por dia</b>. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente</b>.</p>	
<p><b>ALTA COMPLEXIDADE</b> (Enfermagem 24 horas) <b>SEM RESPIRADOR</b></p>	<p><b>INCLUSO:</b> 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 administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais)</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, <b>por medicamento e por dia</b>. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente</b>.</p>	<p><b>930,00</b></p>
<p><b>MÉDIA COMPLEXIDADE</b> (Enfermagem 12 horas)</p>	<p><b>INCLUSO:</b> 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</p>	<p><b>480,00</b></p>

	<p>social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais)</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, <b>por medicamento e por dia</b>. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente</b>.</p>	
<b>BAIXA COMPLEXIDADE</b> (Enfermagem 6 horas)	<p><b>INCLUSO:</b> 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 administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>exames laboratoriais, hemoderivados, odontologia, psicologia e medicamentos</i> de valor monetário <b>superior a R\$ 50,00 (cinquenta reais)</b>, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, <b>por medicamento e por dia</b>. Serão excluídos também os <i>materiais de higiene e conforto</i>, <b>devendo ser providenciados pelo paciente</b>.</p>	<b>230,00</b>
<b>Medicação de 4/4 horas</b>	<p><b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento</i>.</p>	<b>180,00</b>
<b>Medicação de 6/6 horas</b>	<p><b>INCLUSO:</b> serviços e taxas.</p> <p><b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao</i></p>	<b>140,00</b>

	<i>procedimento.</i>	
<b>Medicação de 8/8 horas</b>	<b>INCLUSO:</b> serviços e taxas. <b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i>	<b>120,00</b>
<b>Medicação de 12/12 horas</b>	<b>INCLUSO:</b> serviços e taxas. <b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i>	<b>90,00</b>
<b>Medicação de 24/24 horas</b>	<b>INCLUSO:</b> serviços e taxas. <b>EXCLUSO:</b> <i>medicamentos e materiais descartáveis relacionados ao procedimento.</i>	<b>50,00</b>

**INCLUI-SE ainda na 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 (inclusivo arruelas);
- w. Intercorrência médica, visita médica do especialista, radiologia em domicílio,

hemotransfusão.

Os **medicamentos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) **com acréscimo de 18 % (dezoito por cento)**. O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, ou seja, 17% (dezesete por cento).

Medicamentos de valor monetário **superior a R\$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

**Antibióticos e antifúngicos** necessitam de aprovação pelo médico auditor.

Para os **materiais descartáveis** será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO SEM TAXA** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R\$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.


Obrigatoriamente deverá ser previsto o **treinamento de cuidadores, sem ônus para o CREDENCIANTE**, visando a alta do paciente em internação domiciliar.

### 3.6 Outros Pacotes e Serviços

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 no 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, 28 de outubro de 2015.

  
**Gen Bda Med ARNO RIBEIRO JARDIM JUNIOR**  
Diretor do Hospital Militar de Área de Recife

**ANEXO “A”**

**REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE – H Mil A Recife – 2016**

**1. RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS e MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

<b>Nr ORDEM</b>	<b>ITEM</b>
1	Abaixador de língua
2	Absorvente higiênico
3	Aconchego
4	Água oxigenada
5	Álcool absoluto
6	Álcool iodado
7	Álcool swab
8	Algodão
9	Aquecedor e manta térmica
10	Azul de metileno
11	Bacia plástica
12	Band-aid
13	Bandeja para raquianestesia
14	Blusas descartáveis
15	Bolsa de água quente
16	Bom ar
17	Bomba para ordenha
18	Borracha de silicone
19	Borracha para aspirador
20	Cabo bipolar
21	Cadeira de apoio para banho
22	Calçados ortopédicos
23	Camisa para microcâmera
24	Campo cirúrgico (operatório) descartável
25	Caneta injetora de insulina e refil correspondente
26	Caneta para bisturi descartável
27	Cânula de Guedel



28	Clorexidina degermante
29	Clorexidina solução antisséptica
30	Clorexidina tintura alcoólica
31	Colutório bucal
32	Cotonete (exceto procedimento oftalmológico)
33	Dermoprotetores em cremes
34	Dermoprotetores em loção
35	Detergentes enzimáticos
36	Éter
37	Fitoterápicos
38	Formol
39	Medicamentos efervescentes, pastilhas e comprimidos mastigáveis
40	Produtos com finalidade higiênica e cosmética
41	PVPI degermante
42	PVPI tópico
43	Shampoo (ex.: Deltacid)
44	Sindax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de Betabloqueador nas últimas 24 horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos)
45	Tintura de benjoim
46	Turbeculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal)
47	Vacinas, Imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde)

2/15

## **2. RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-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 médicos-cirúrgicos elencados no item anterior, **não serão** cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-cirúrgicos **aos usuários da PASS** (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;

(Continuação do Referencial de Custos de Serviços de Saúde do H Mil A Recife – 2016 – fl. nº 27)

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

Recife-PE, 28 de outubro de 2015.



**Gen Bda Med ARNO RIBEIRO JARDIM JUNIOR**  
Diretor do Hospital Militar de Área de Recife