



**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO MILITAR DO SUL
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE FLORIANÓPOLIS
(Hospital Cidade de Desterro)**

**REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE 2023
SEÇÃO SAMMED/FUSEx**

NÚMERO	ITEM
1.	APRESENTAÇÃO
2.	TABELAS, ÍNDICES E VALORES
3.	MEDICAMENTOS E RADIOFÁRMACOS
4.	MATERIAIS DESCARTÁVEIS
5.	DIETA ENTERAL E PARENTERAL
6.	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPMEs
7.	TAXAS
8.	DIÁRIAS
9.	GASOMETRIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR
10.	PACOTES

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento discrimina as tabelas, índices, valores e conceituação necessárias aos serviços relacionados à saúde, objeto dos Credenciamentos de Organizações Cíveis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Hospital de Guarnição de Florianópolis (HGuFl).

1.2. Os serviços cujos valores não estão previamente definidos terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados no item 2 deste Referencial de Custos.

1.3. Os serviços cujos valores foram previamente definidos estão apresentados na forma de pacotes no item 10, deste Referencial de Custos de Serviços de Saúde.

1.4. Nos pacotes de procedimentos cirúrgicos não estão incluídas as diárias pré-operatórias, que devem ser cobradas à parte.

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1. CONSULTAS MÉDICAS

ORD	DESCRIÇÃO	VALOR
01	Consulta médica ambulatorial ou em Pronto Socorro	R\$ 108,00
02	Consulta médica ambulatorial de pediatria	R\$ 126,00
03	Consulta ambulatorial de Puericultura	R\$ 165,00
04	Consulta especializada de Pediatria – Pneumologista, Gastrologista, Endocrinologista e outras, exceto Neuro.	R\$ 367,50
05	Consulta de Neuropediatria	R\$ 504,00
06	Consulta médica em Pronto Socorro pelo Ortopedista	R\$ 155,00

2.1.1. Para as **consultas de Puericultura** observar:

1ª semana de vida	01 consulta
Do 1º mês ao 6º mês	01 consulta mensal
Do 6º mês ao 18 meses	01 consulta por trimestre
Do 18º mês ao 48º mês	01 consulta por semestre

2.1.2. Intercorrências serão remuneradas como consulta médica ambulatorial de pediatria – R\$ 126,00.

2.1.3. Para **GUIAS ONLINE**: As **guias** deverão ser entregues ao setor de auditoria médica **impressas**. Para os atendimentos presenciais, além das guias impressas, estas deverão ser assinadas pelo usuário, comprovando o atendimento.

2.1.4. Para os **ATENDIMENTOS ONLINE**, o paciente deverá encaminhar e-mail para OCS confirmando as datas de atendimento e a OCS deverá entregar este e-mail, juntamente com a guia, impressos (e-mail + guia).

2.2. **RETORNO DE CONSULTA AMBULATORIAL**: será considerado retorno, e portanto, **sem emissão de nova guia de encaminhamento**, as consultas ambulatoriais realizadas 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 15 (quinze) dias da consulta originária**. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado será considerada nova consulta e, portanto será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento. **Será fornecida nova guia para consulta somente mediante pedido médico com a solicitação e justificativa para nova consulta.**

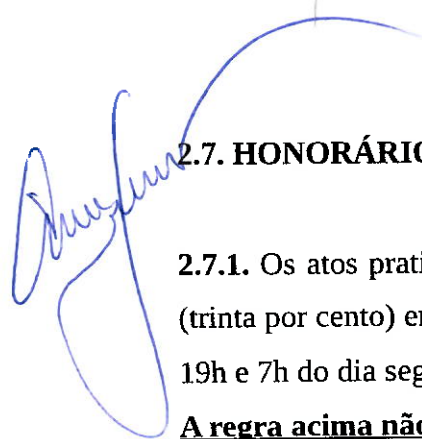
A regra descrita acima comporta exceções quando a necessidade do paciente exija reavaliações periódicas pelo médico assistente como, por exemplo, consultas psiquiátricas, oncológicas e obstétricas em término de gestação.

2.3.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.

2.4. NUTROLOGIA: 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, **somente após análise médica do FUSEX.**

2.5. 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. **O mapeamento de retina só será pago com justificativa médica e comprovante de realização.** Demais exames devem ser acompanhados de justificativa médica para emissão da Guia de Encaminhamento (GE).

2.6. PSIQUIATRA: a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial, o beneficiário tem direito a consulta – uma a cada quinze dias – e sessões psicoterápicas. Em regime hospitalar, há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a 30 dias) e nome do hospital. As internações hospitalares em psiquiatria são valoradas de forma global, incluindo a diária hospitalar, materiais, medicamentos, visitas de todos os profissionais que prestam atenção especializada ao paciente – médicos, enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e professor de educação física.



2.7. HONORÁRIOS DIFERENCIADOS:

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

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

2.8. PROCEDIMENTOS MÉDICOS:

2.8.1. REGIME AMBULATORIAL, de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (atendimento ambulatorial)

2.8.1.1. Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 5ª ed. 2008, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

2.8.1.2. Os honorários médicos serão calculados de acordo com o capítulo I, II, e III da CBHPM, e será pago para o Custo Operacional o valor igual a R\$ 14,30 (quatorze reais e trinta centavos) e para o Porte será remunerado conforme a tabela CBHPM 2012 plena, descrita a seguir:

1 A	12,86	5 C	291,64	10 B	966,50
1 B	25,72	6 A	317,65	10 C	1.072,75
1 C	38,58	6 B	349,30	11 A	1.134,93
2 A	51,45	6 C	382,08	11 B	1.244,58
2 B	67,82	7 A	412,60	11 C	1.365,54
2 C	80,26	7 B	456,68	12 A	1.415,27
3 A	109,67	7 C	540,33	12 B	1.521,53
3 B	140,14	8 A	583,29	12 C	1.864,04
3 C	160,52	8 B	611,55	13 A	2.051,69
4 A	191,04	8 C	648,85	13 B	2.250,64
4 B	209,13	9 A	689,55	13 C	2.489,16
4 C	236,26	9 B	753,99	14 A	2.774,02
5 A	254,34	9 C	830,84	14 B	3.018,19
5 B	274,69	10 A	891,89	14 C	3.329,05

2.8.2. REGIME HOSPITALAR de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde (atendimento hospitalar)

2.8.2.1. Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 5ª ed. 2008, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

2.8.2.2. Os honorários médicos serão calculados de acordo com o capítulo I, II, e III da CBHPM, e será pago para o Custo Operacional o valor igual a R\$ 15,50 (quinze reais e cinquenta centavos) e para o Porte será remunerado conforme a tabela CBHPM 2014 plena, descrita a seguir:

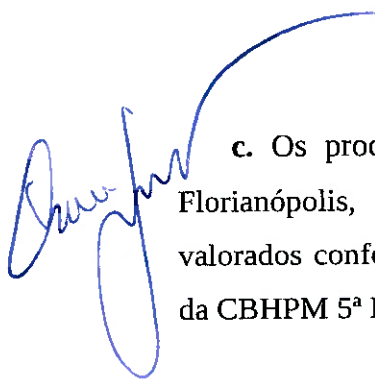
1 A	14,49	5 C	328,54	10 B	1.088,81
1 B	28,97	6 A	357,84	10 C	1.208,51
1 C	43,47	6 B	393,51	11 A	1.278,56
2 A	57,96	6 C	430,43	11 B	1.402,08
2 B	76,40	7 A	464,82	11 C	1.538,35
2 C	90,42	7 B	514,48	12 A	1.594,37
3 A	123,55	7 C	608,70	12 B	1.714,08
3 B	157,87	8 A	657,11	12 C	2.099,93
3 C	180,83	8 B	688,94	13 A	2.311,33
4 A	215,22	8 C	730,96	13 B	2.535,46
4 B	235,60	9 A	776,82	13 C	2.804,16
4 C	266,16	9 B	849,41	14 A	3.125,07
5 A	286,52	9 C	935,98	14 B	3.400,15
5 B	309,45	10 A	1.004,76	14 C	3.750,34

2.8.2.3. Honorários do anestesista

a. Os procedimentos cirúrgicos realizados nas Organizações Cíveis de Saúde (OCS) terão os portes anestésicos remunerados conforme a tabela abaixo:

TABELA PORTE E VALORES	
PORTE	VALOR EM REAIS
Consulta avaliação pré-anestésica	R\$ 108,00
Porte 1	R\$ 148,50
Porte 2	R\$ 215,46
Porte 3	R\$ 317,52
Porte 4	R\$ 471,42
Porte 5	R\$ 730,08
Porte 6	R\$ 1.020,60
Porte 7	R\$ 1.448,82
Porte 8	R\$ 1.912,68

b. O pagamento dos honorários está condicionado ao envio da GE, assinada pelo paciente ou responsável legal, e de **comprovante hospitalar (ficha anestésica)**, informando qual **tipo de procedimento foi realizado** e o **tipo de acomodação**.



c. Os procedimentos cirúrgicos realizados no âmbito do Hospital de Guarnição de Florianópolis, para fins de remuneração de honorários dos anestesistas terão os portes valorados conforme tabela acima. A remuneração dos portes obedecerá às Instruções Gerais da CBHPM 5ª Ed/2008.

2.8.2.4. O Serviço de Nutrologia e Nutrição em Ambiente Hospitalar (conforme o previsto na Portaria MS/SNVS nº 272, de 8 de abril de 1998), seguirá as seguintes condições:

2.8.2.5. Para fins de remuneração da especialidade NUTROLOGIA, o CREDENCIANTE reconhece que, nos casos de indicação de nutrição parenteral, será devido o pagamento das visitas diárias do respectivo médico, sendo necessária para tanto, a prescrição e evolução diária do respectivo especialista;

2.8.2.6. Para os casos da indicação de DIETA ENTERAL, o CREDENCIANTE reconhece como sendo necessária a realização de avaliação pelo nutrólogo, admitindo-se no máximo 03 (três) pareceres semanais – 1 (uma) visita a cada 3 (três) dias –, remunerado da seguinte forma:

- a) Paciente com dieta enteral – **R\$ 77,25** (setenta e sete reais e vinte e cinco centavos);
- b) Paciente com dieta parenteral – **R\$ 92,00** (noventa e dois reais);
- c) Paciente com ambas as dietas, remunera-se a de maior valor.

2.9. RADIODIAGNÓSTICO: refere-se a exames radiológicos tipo raios X simples, ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

2.9.1. Exames radiológicos, ultrassom, tomografia e ressonância magnética são calculados por procedimento e não por incidência. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não preveem o uso de **contraste**, somente terão o contraste remunerado, se **prescrito na requisição médica** ou se a **justificativa médica** for encaminhada junto com a fatura.

2.9.2. O exame de “**Ultrassom transvaginal, com preparo intestinal**” será pago na forma de pacote, incluindo insumos (materiais e medicamentos) para o preparo intestinal, no valor total de **R\$ 262,50**.

2.9.3. Nos exames de **Tomografia Computadorizada** em que for necessário o uso de Contraste Radiológico, **devidamente justificado**, será acrescido aos Honorários Médicos,

Custo Operacional e Filme Radiológico, o valor de **R\$ 450,00** para custear os contrastes, materiais e medicamentos que se fizerem necessários.

2.9.4. Nos exames de **Ressonância Magnética** em que forem necessários o uso de Contraste Radiológico, **devidamente justificados**, serão acrescidos aos Honorários Médicos, Custo Operacional e Filme Radiológico, o valor de **R\$ 570,00** para custear os contrastes, materiais e medicamentos que se fizerem necessários.

2.9.5. Havendo necessidade de sedação do paciente, serão remunerados materiais e medicamentos, oxigênio e taxas, no valor de **R\$ 200,00**.

2.9.6. 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 Ed 2005. Inexistindo o exame descrito na CBHPM 4ª Ed será utilizado as CBHPM sucessivas. O valor a ser pago será de **R\$ 31,00** (trinta e um reais), por metro quadrado.

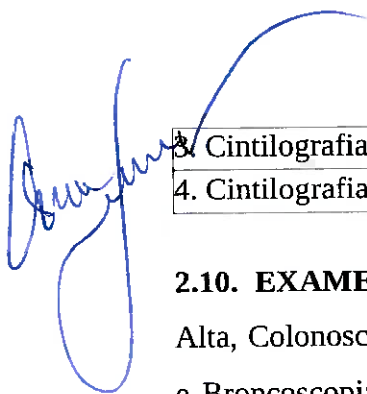
2.9.7. Para os casos de 02 ou mais exames em que é utilizado contraste radiológico, será pago o valor de 01 pacote (100%) e metade do valor (50%) do pacote para os demais – Tomografia e RNM.

2.9.8. Pet Dedicado Oncológico: Remunera-se para PET/CT (Pet Scan) códigos 40708128 + 41001222 o valor de **R\$ 3.748,50** que inclui tomografia com contraste, honorário médico, custo operacional, taxas, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

2.9.9. PET – FDG; PET – DOTA; PET - PSMA: Remunera-se para esses PET/CTs que utilizam os componentes farmacológicos indicados, o valor de **R\$ 5.239,50** que inclui o custo total do exame, como honorários médicos, custo operacional, taxas, insumos radiológicos, material descartável e medicamentos.

2.9.10. Os exames de cintilografia descritos abaixo serão pagos na forma de pacote, que inclui os HM, medicamentos, insumos de radiodiagnóstico, taxas, materiais e demais custos, conforme abaixo:

EXAMES	VALOR
1. Cintilografia do miocárdio – repouso e estresse farmacológico	R\$ 1.550,00
2. Cintilografia da tireoide e/ou captação iodo – 123 ou Cintilografia da tireoide e/ou captação iodo – 131 ou Cintilografia da tireoide e/ou captação tecnécio – 99m TC	R\$ 220,50



3. Cintilografia fluxo ósseo	R\$ 360,00
4. Cintilografia óssea	R\$ 360,00

2.10. EXAMES ENDOSCÓPICOS: Exames endoscópicos (como Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada, Histeroscopia e Broncoscopia) são aqueles baseados em inspeção visual através de equipamento próprio, utilizando-se de orifícios, naturais ou não, do organismo.

2.11. DEMAIS EXAMES MÉDICOS: *Os exames não descritos nos itens anteriores.*

2.11.1. O exame de deglutograma será remunerado pelo valor máximo de R\$ **161,50**, incluindo todos os insumos necessários ao exame.

2.11.2. O ECG será remunerado no valor máximo de R\$ **39,50**, incluindo os eletrodos necessários ao exame.

2.12. EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS: Os exames anatomopatológicos serão remunerados conforme CBHPM 5ª Ed 2008 ou uma de suas atualizações.

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

2.12.2. Para os exames de **Radiodiagnóstico, Exames Endoscópicos, Anatomopatológicos e demais exames médicos**, serão calculados de acordo com o capítulo IV da CBHPM – Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos e será pago para o Custo Operacional o valor igual a R\$ **14,15** (quatorze reais e quinze centavos) e para o Porte será remunerado conforme a tabela CBHPM 2009 **com majoração de 5%**, descrita a seguir:

1 A	11,03	5 C	256,73	10 B	849,98
1 B	22,05	6 A	279,83	10 C	943,43
1 C	33,08	6 B	307,13	11 A	998,03
2 A	44,10	6 C	336,00	11 B	1094,63
2 B	59,33	7 A	363,30	11 C	1201,20
2 C	70,35	7 B	401,63	12 A	1244,78
3 A	96,60	7 C	475,13	12 B	1338,23
3 B	122,85	8 A	513,45	12 C	1639,58
3 C	140,70	8 B	537,60	13 A	1804,43
4 A	168,00	8 C	570,68	13 B	1979,78

4 B	184,28	9 A	606,90	13 C	2189,25
4 C	207,38	9 B	663,60	14 A	2440,20
5 A	223,65	9 C	730,80	14 B	2654,40
5 B	241,50	10 A	784,35	14 C	2928,45

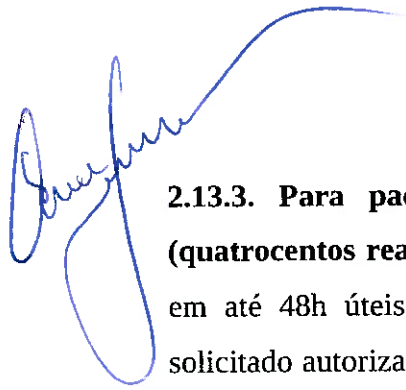
2.12.3. Exames com contraste, somente serão autorizados se houver solicitação do mesmo em pedido médico, devidamente autorizado através da GE ou, na ausência deste, mediante justificativa do radiologista e envio do laudo indicando o uso do contraste.

2.13. EXAMES LABORATORIAIS: Para exames laboratoriais previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Guarnição de Florianópolis, os valores serão os constantes no **Apêndice “A”**. Para exames que não constam no **Apêndice “A”**, serão remunerados conforme item 2.13.1.

2.13.1. Para exames que não forem previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Guarnição de Florianópolis, serão remunerados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 4ª Ed. 2005, ou em uma de suas atualizações. Para os exames laboratoriais, serão calculados de acordo com o capítulo IV da CBHPM – Medicina laboratorial e será pago o Custo Operacional com valor de UCO igual a **R\$ 12,30** (doze reais e trinta centavos) e para o Porte será remunerado conforme a tabela CBHPM 4ª Edição 2005, **com majoração de 5%** (cinco por cento), descrita a seguir:

1 A	8,40	5 C	193,20	10 B	638,40
1 B	16,80	6 A	210,00	10 C	709,80
1 C	25,20	6 B	231,00	11 A	751,80
2 A	33,60	6 C	252,00	11 B	823,20
2 B	44,10	7 A	273,00	11 C	903,00
2 C	52,50	7 B	294,00	12 A	936,60
3 A	72,45	7 C	357,00	12 B	1008,00
3 B	92,40	8 A	386,40	12 C	1234,80
3 C	105,00	8 B	403,20	13 A	1356,60
4 A	126,00	8 C	428,40	13 B	1491,00
4 B	138,60	9 A	457,80	13 C	1648,50
4 C	155,40	9 B	499,80	14 A	1837,50
5 A	168,00	9 C	550,20	14 B	1995,00
5 B	180,60	10 A	588,00	14 C	2205,00

2.13.2. Para os serviços de **Hematologia e Hemoterapia** (fornecimento de sangue e hemocomponentes) aos usuários do FuSEx, SAMMED, PASS e Ex-Cmb, internados nas instalações do Hospital de Guarnição de Florianópolis ou em OCS, os valores serão os constantes no **Apêndice “B”**



2.13.3. Para pacientes internados, o exame que superar o custo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) será considerado de alto custo e sua utilização deverá ser comunicada, em até 48h úteis após sua realização (em caso de urgência). Nestes casos, deverá ser solicitado autorização para que seja realizado com justificativa médica, via correio eletrônico contamedica@gmail.com, em casos eletivos.

2.13.4. Exame toxicológico, para os casos previstos na NTPMEX, R\$ 252,00.

2.14. FISIOTERAPIA: As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme tabela descrita a seguir:

Procedimentos	Valor
Sessão de fisioterapia individual, com 50 minutos (ambulatorial)	R\$ 43,00
Diária de fisioterapia hospitalar (para pacientes em UTI)	R\$ 96,00
Diária de fisioterapia hospitalar (para pacientes em Unidade de internação)	R\$ 59,00
Sessão de fisioterapia uro-ginecológica	R\$ 59,00

2.14.1. REABILITAÇÃO PERINEAL COM BIOFEEDBACK: Por sessão. Necessita a descrição “Reabilitação Perineal com Biofeedback” no pedido. Necessita de Relatório impresso pelo sistema.

2.14.2. DIÁRIA DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR: Para pacientes em UTI e para pacientes em Unidade de Internação, deverá constar a prescrição médica para o procedimento e a evolução do Fisioterapeuta no prontuário do paciente. O valor das diárias de fisioterapia em ambiente hospitalar será cobrado dos pacientes que tiverem prescrição médica para o procedimento e o valor independe dos tipos de fisioterapia e do número de sessões prescritas, sendo pago por dia de fisioterapia realizada.

2.14.3. As sessões de fisioterapia terão a duração mínima de 50 minutos cada.

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

2.14.5. O atendimento domiciliar será limitado à Florianópolis e região metropolitana, após liberação expressa do CREDENCIADOR que analisará a necessidade técnica do

encaminhamento.

2.14.6. É imprescindível a assinatura do paciente/responsável a cada sessão realizada, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão.

2.14.7. As Sessões de fisioterapia relacionadas abaixo, serão autorizadas através de indicação médica ou do cirurgião dentista, em caso de fisioterapia de ATM, e serão remuneradas da seguinte forma:

TABELA CBHPM	VALOR R\$
Patologia neurológica/respiratória com dependência de atividades da vida diária (FISIOTERAPIA RESIDENCIAL)	90,00
Pilates atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	55,50
RPG	74,00
Fisioterapia (drenagem linfática)	68,50
Hidroterapia	45,00
Reabilitação perineal com biofeedback	193,00
Sessão de Fisioterapia Neurológica (sessão mínima de 50 minutos e precedida de pedido do Médico Neurologista)	60,00
Sessão de Fisioterapia de ATM para disfunções temporomandibulares (sessão mínima de 50 minutos precedida de pedido do Cirurgião-Dentista)	60,00
Sessão de Fisioterapia labiríntica (sessão mínima de 50 minutos e precedida de pedido do Médico Otorrinolaringologista)	60,00

2.14.8. RPG, PILATES e DRENAGEM LINFÁTICA serão autorizadas através de indicação médica e mediante aprovação prévia da Comissão de Ética Médica do Hospital de Guarnição de Florianópolis. Além disso, é necessário encaminhamento ao Serviço de Auditoria Médica, junto às faturas, **relatório mensal do (a) fisioterapeuta relatando os ganhos funcionais e se o objetivo da técnica está sendo alcançado, justificando a necessidade de mantê-la.**

2.15. FONOAUDIOLOGIA/ NUTRIÇÃO/ PSICOLOGIA/ FISIOTERAPIA/ PSICOPEDAGOGIA/ PSICOMOTRICIDADE/ TERAPIA OCUPACIONAL

DESCRIÇÃO	Avaliação	Sessão	Sessão Familiar
Fonoaudiologia	R\$ 71,00	R\$ 71,00	-
Nutrição	R\$ 71,00	-	-
Psicologia	R\$ 71,00	R\$ 71,00	R\$ 89,00
Fisioterapia	R\$ 71,00	-	-
Terapia ocupacional	R\$ 71,00	R\$ 71,00	



Fonoterapia (INFANTIL) – Pacientes com Necessidades Especiais	-	R\$ 126,00	-
Terapia Ocupacional – Pacientes com Necessidades Especiais	-	R\$ 126,00	-
Psicoterapia – Pacientes com Necessidades Especiais	-	R\$ 126,00	-
Psicopedagogia – Pacientes com Necessidades Especiais	-	R\$ 126,00	-
Neuropsicopedagogia – Pacientes com Necessidades Especiais	-	R\$ 126,00	-
Psicomotricidade – Pacientes com Necessidades Especiais		R\$ 126,00	-

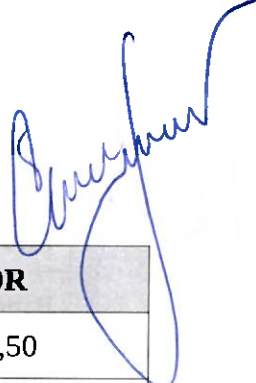
2.15.1. As sessões de fonoaudiologia e psicologia terão duração mínima de 50 minutos.

2.15.2. Quando os serviços relacionados no item **2.15** forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social, que será recolhido pelo Credenciador na forma da lei.

2.15.3. Para comprovação das sessões realizadas nas diversas terapias é imprescindível a assinatura do paciente/responsável a cada sessão realizada, estando o pagamento condicionado a comprovação da realização da sessão, devendo estas assinaturas serem enviadas por ocasião da entrega da fatura.

2.16. AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: serão pagas na **forma de pacote**, no valor de **R\$ 735,00 (setecentos e trinta e cinco reais)** e será **composto por 6 a 10 sessões**, referente a avaliação, aplicação de testes para avaliação da atenção concentrada e dividida, memória (remota e procedural, visual, somestésica, auditiva, motora/lateralidade, espacial), inteligência/QI, avaliação emocional e personalidade, de acordo com a necessidade clínica; correção manual ou informatizada e confecção de laudo.

2.17. TERAPIAS ESPECIAIS



PROCEDIMENTO	VALOR
ABA – sessão de 50 min	R\$ 136,50
Bobath – sessão de 50 min	R\$ 136,50
PROMPT – sessão de 50 min	R\$ 136,50
PECS - sessão de 50 min	R\$ 136,50
KUEVAS MEDEK Exercises – sessão 50 min	R\$ 136,50
Thera Suit – sessão de 50 min	R\$ 136,50
Equoterapia – sessão de 30 min – atendimento multiprofissional de psicólogo, pedagogo e fisioterapeuta.	R\$ 157,50

2.18. FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR: O atendimento domiciliar será limitado à Florianópolis e região metropolitana, após liberação expressa do CREDENCIADOR que analisará a necessidade técnica do encaminhamento. **O valor de cada sessão será de R\$ 90,00 (noventa reais).**

2.19. RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA:

Periapical	R\$ 13,75
Interproximal (Bite-Wing)	R\$ 13,75
Oclusal	R\$ 30,85
Pósterio-Anterior s/ traçado	R\$ 63,75
ATM-3 incide (série completa)	R\$ 122,05
Panorâmica	R\$ 57,90
Telerradiografia com traçado	R\$ 77,45
Telerradiografia sem traçado	R\$ 63,75
Mão e punho (índice carpal) – sem traçado	R\$ 69,40
Modelo de Estudo-par	R\$ 67,50
Slide (unidade)	R\$ 12,20



Foto (unidade)	R\$ 11,95
Montagem Perapical	R\$ 181,10
Panorâmica c/traçado para implante	R\$ 71,65
Análise Cefalométrica adicional	R\$ 13,70
Traçado para implante	R\$ 13,70
Mão e punho (índice carpal) com traçado	R\$ 83,10
Modelo de estudo unidade	R\$ 46,70
Modelo de trabalho	R\$ 46,70
Seios da face – 1ª incidência	R\$ 72,05
Seios da face – 2ª incidência	R\$ 97,95
Seios da face – 3ª incidência	R\$ 122,00
ATM – 1 incidência	R\$ 72,05
ATM – 2 incidências	R\$ 94,25
Pasta	R\$ 15,10
Documentação simplificada (pano/tele com traçado/modelo/ 3 fotos)	R\$ 165,80
Documentação básica (pano/tele com traçado /modelo/6 fotos/4 inter.)	R\$ 223,05
Documentação completa (pano/tele com traçado/modelo /8 fotos 8 slides/4 inter /14 peri)	R\$ 514,70
TC BEAM 3D	R\$ 37,75
TC Zigomático	R\$ 128,35
TC – 1 hemi-arco	R\$ 226,45
TC – 1 elemento	R\$ 181,15
TC – 2 hemi-arcos	R\$ 301,95
TC – 3 hemi-arcos	R\$ 377,45
TC – 4 hemi-arcos	R\$ 528,45
TC – ATM	R\$ 452,95
TC Avaliação para 1 elemento incluso	R\$ 226,45
CD de Prototipagem	R\$ 43,05

2.20. SERVIÇOS DE HOME CARE: Os serviços de HOME CARE serão remunerados conforme os valores e condições constantes no **Apêndice “C”**.

2.21. REMOÇÕES TERRESTRE EM AMBULÂNCIA: Os serviços de remoção em ambulância serão remunerados conforme os valores e condições constantes no **Apêndice “D”**.

3. MEDICAMENTOS E RADIOFÁRMACOS

3.1. Os medicamentos serão pagos de acordo com a **Guia Brasíndice Preço de Fábrica (PF)**, **sem taxa de comercialização**, correspondente à época do atendimento.

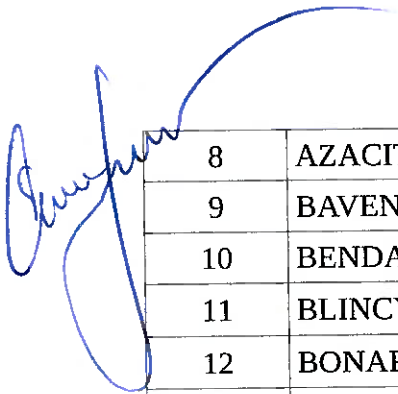
3.2. Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice ou na Revista SIMPRO, será remunerado pela última edição constante do medicamento no Guia Brasíndice. Não havendo, será remunerado conforme nota fiscal com margem de operacionalização de 15%.

3.3. O valor do ICMS para todos os itens será de acordo com o estabelecido para o Estado de Santa Catarina.

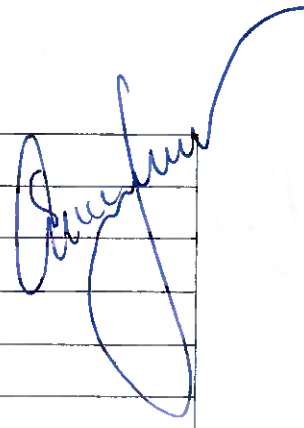
3.4. Os quimioterápicos serão remunerados conforme dose fracionada consumida, seguindo as regras de fracionamento e tempo de estabilidade determinados pela ANVISA para cada substância. Nos casos em que a medicação comprovadamente (comprovação técnica) não puder ser fracionada ou tiver estabilidade menor ou igual a 24 (vinte quatro) horas, será pago o valor do frasco.

3.5. Os medicamentos Imunobiológicos ou Especiais descritos abaixo, serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice PF, acrescido de margem de operacionalização de 15%.

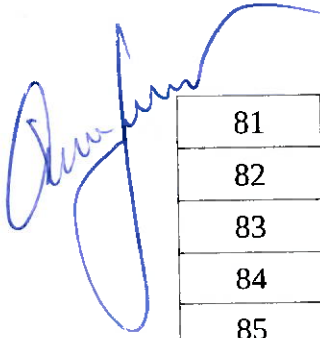
Nr ord	MEDICAMENTOS
1	ABRAXANE (Restrito Hosp.)
2	ACTEMRA (Restrito Hosp.)
3	ADCETRIS (Restrito Hosp.)
4	AFINITOR
5	ALIMTA
6	ARZERRA (Restrito Hosp.)
7	AVASTIN (Restrito Hosp.)



8	AZACITIDINA - GENERICO (Restrito Hosp.)
9	BAVENCIO (Restrito Hosp.)
10	BENDAMUSTINA
11	BLINCYTO (Restrito Hosp.)
12	BONAR
13	BORTEZOMIBE
14	CABAZITAXEL - GENERICO (Restrito Hosp.)
15	CABOMETYX
16	CAELYX
17	CETUXIMABE
18	COSENTYX
19	CYRAMZA (Restrito Hosp.)
20	DACOGEN (Restrito Hosp.)
21	DALINVI (Restrito Hosp.)
22	DAROLUTAMIDA
23	DECITABINA
24	DOXOPEG
25	EMPLICITI (Restrito Hosp.)
26	ENFORTUMABE VEDOTINA
27	ERBITUX
28	EVOMIXAN
29	FASLODEX 250 MG
30	FULVESTRANTO
31	GAZYVA (Restrito Hosp.)
32	GLIVEC (ICMS 0%)
33	HALAVEN (Restrito Hosp.)
34	HERCEPTIN (Restrito Hosp.)
35	HERCEPTIN SC (Restrito Hosp.)
36	HUMIRA
37	HYCAMTIN
38	IBRANCE
39	IMBRUVICA
40	IMFINZI (Restrito Hosp.)
41	IMUNOGLOBULIN - IMUNOGLOBULINA HUMANA (Restrito Hosp.)
42	IMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL IV-FLEBOGAMMA 5% DIF (Restrito Hosp.)
43	IRINOTECANO



44	JAVLOR (Restrito Hosp.)
45	JEVTANA (Restrito Hosp.)
46	KADCYLA (Restrito Hosp.)
47	KANJINTI (Restrito Hosp.)
48	KEYTRUDA (Restrito Hosp.)
49	KISQALI
50	KYPROLIS (Restrito Hosp.)
51	LARTRUVO (Restrito Hosp.)
52	LENVIMA
53	LEUSTATIN
54	LUSPATERCEPTE
55	LYNPARZA
56	MABTHERA (Restrito Hosp.)
57	MEKINIST
58	MOZOBIL
59	MOZOBIL (Restrito Hosp.)
60	NAVELBINE
61	NEULASTIM
62	NEXAVAR
63	NORELBIN
64	ONCASPAS (Restrito Hosp.)
65	OPDIVO (Restrito Hosp.)
66	OSIMERTINIBE
67	PACLITAXEL
68	PEMEGLENN
69	PEMETREXEDE
70	PERJETA (Restrito Hosp.)
71	PERTUZUMABE + TRASTUZUMABE
72	REDTIBIN
73	REMICADE (Restrito Hosp.)
74	REVLIMID (Restrito Hosp.)
75	RIBOMUSTIN (Restrito Hosp.)
76	RITUXIMABE
77	RIXIMYO (Restrito Hosp.)
78	SACITUZUMABE GOVITECANO
79	SANDOGLOBULINA PRIVIGEN (Restrito Hosp.)
80	SANDOSTATIN LAR



81	SARCLISA
82	SOMATULINE AUTOGEL
83	SOTORASIBE
84	SPRYCEL
85	STELARA
86	STIVARGA
87	SUPRENIQ
88	SUTENT
89	SYLVANT (Restrito Hosp.)
90	TAFINLAR
91	TARCEVA
92	TASIGNA
93	TECENTRIQ (Restrito Hosp.)
94	TEMODAL
95	TEMOZOLAMIDA
96	THYMOGLOBULINE (Restrito Hosp.)
97	TORISEL(Restrito Hosp.)
98	TYKERB (Restrito Hosp.)
99	VECTIBIX
100	VELCADE (Restrito Hosp.)
101	VERZENIOS
102	VIDAZA (Restrito Hosp.)
103	VIVAXXIA (Restrito Hosp.)
104	VOTRIENT (Restrito Hosp.)
105	XTANDI
106	YERVOY (Restrito Hosp.)
107	ZALTRAP (Restrito Hosp.)
108	ZELBORAF
109	ZYTIGA
110	TRIFLURIDINA + CLORIDRATO DE TIPIRACILA

3.6. Os medicamentos que superem o custo diário de R\$ 400,00 (quatrocentos reais) serão considerados de alto custo, e sua utilização deverá ser comunicada em até 48h úteis após o início de sua administração; com indicações do uso amparada em protocolos, justificativa clínica, laudo detalhado, exames, via correio eletrônico contamedica@gmail.com.

4. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

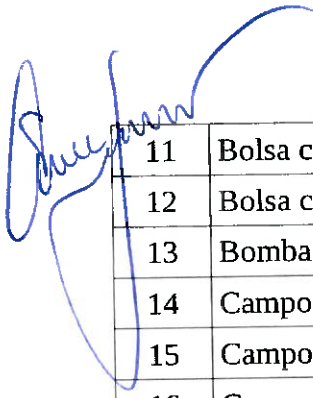
4.1. Materiais descartáveis serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice **Preço de Fábrica (PF) + 10 % de taxa de comercialização, não sendo encontrado em Guia Brasíndice, remunerar-se-á por Revista SIMPRO**, correspondente à época do atendimento, **sem acréscimo de taxa de comercialização**. O IPI (Imposto sobre Produto Industrializado) será pago somente quando a remuneração for mediante apresentação de nota fiscal do material.

4.2. Quando houver descontinuidade de publicação no Guia Brasíndice ou SIMPRO, será considerado, para efeito de cobrança e pagamento, o preço apresentado na versão publicada nos últimos 3 anos, acrescido da margem correspondente. Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice ou na Revista SIMPRO (nos últimos 3 anos) o material será remunerado conforme nota fiscal acrescido de taxa de comercialização de 10 % (dez por cento).

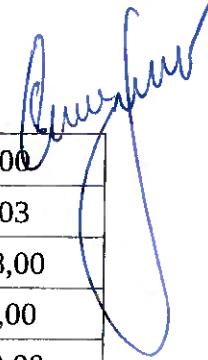
4.3. Os materiais de consumo que superem o custo diário de R\$ 800,00 (oitocentos reais) serão considerados de alto custo, e sua utilização deverá ser comunicada em até 48h úteis após utilização, apresentando justificativa clínica para uso, via correio eletrônico contamedica@gmail.com. Serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice Preço de Fábrica (PF), não sendo encontrado em Guia Brasíndice, remunerar-se-á por Revista SIMPRO, correspondente à época do atendimento, com deflator de 20% e sem acréscimo de taxa de comercialização.

4.4. Materiais tabelados constam na relação abaixo:

ORD	MATERIAL	VALOR
1	AGE- solução oleosa ácido graxo essencial – Fr de 100 ml	R\$ 52,50
2	Agulha de plexo	R\$ 150,00
3	Agulha de raquianestesia	R\$ 100,00
4	Agulha para portocath	R\$ 100,00
5	Agulha/cateter para punção arterial	R\$ 144,90
6	Agulhas em geral, exceto anestesia – un	R\$ 0,63
7	Atadura de crepom estéril (qualquer tamanho e marca)	R\$ 5,00
8	Atadura de crepom não estéril	R\$ 4,20
9	Atadura gessada (qualquer tamanho e marca)	R\$ 4,00
10	Atadura ortopédica (qualquer tamanho e marca)	R\$ 6,00



11	Bolsa coletora de urina (todos os volumes) Sistema fechado	R\$ 27,00
12	Bolsa colostomia (qualquer tamanho e marca)	R\$ 4,00
13	Bomba Autofuser	R\$ 400,00
14	Campo Cirúrgico Barrier e similares – kit (todos os tamanhos)	R\$ 383,25
15	Campo Cirúrgico IOBAN e similares – kit (todos os tamanhos)	R\$ 204,75
16	Capa protetora sanfonada	R\$ 3,00
17	Cateter de Swan Ganz	R\$ 600,00
18	Cateter nasal tp óculos – un	R\$ 4,20
19	Cateter para hemodiálise duplo lumen	R\$ 215,25
20	Cateter venoso central duplo lumen	R\$ 138,60
21	Cateter venoso central mono lumen	R\$ 99,75
22	Cateter venoso central triplo lumen	R\$ 160,65
23	Cateter Venoso Periférico – un	R\$ 45,00
24	Compressa gaze estéril – pacote 10 un	R\$ 4,20
25	Discofix (Torneirinha ou similar) – un	R\$ 10,00
26	Dispositivo duas vias – Polifix	R\$ 20,00
27	Dreno aspirador cirúrgico descartável	R\$ 49,35
28	Dreno Blake	R\$ 210,00
29	Dreno de penrose (qualquer tamanho e marca)	R\$ 3,00
30	Eletrodos para monitorização cardíaca – un	R\$ 1,50
31	Equipo comum (fotossensível ou não) – un	R\$ 45,00
32	Equipo de Bomba – un	R\$ 155,00
33	Equipo livre de PVC	R\$ 55,00
34	Esponja hemostática	R\$ 70,00
35	Extensor	R\$ 20,00
36	Filtro de barreira – un	R\$ 35,00
37	Fio de Kirschner (qualquer tamanho e marca)	R\$ 25,00
38	Fio Mononylon (qualquer tamanho e marca)	R\$ 10,00
39	Fio Vicryl (qualquer tamanho e marca)	R\$ 18,00
40	Fita micropore/esparadrapo – rolo	R\$ 4,39
41	Fixador transparente de punção periférica (qualquer tamanho e marca)	R\$ 2,00
42	Kit sonda de alimentação enteral por gastrostomia	R\$ 735,00
43	Kit Torozamm (Frasco + dreno) – todas as numerações	R\$ 56,70
44	Kit Transdutor de Pressão Arterial Invasiva – un	R\$ 100,00
45	Lanceta + Tira – un	R\$ 11,55
46	Liga Clip	R\$ 45,00



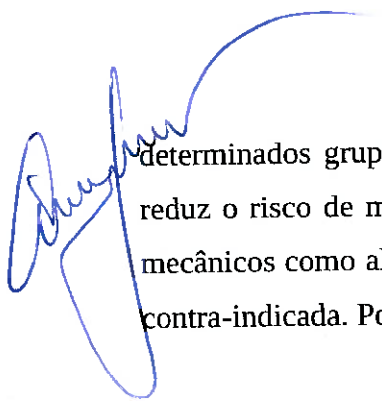
47	Luva cirúrgica – par	R\$ 2,00
48	Luva plástica	R\$ 0,03
49	Manta de Aquecimento	R\$ 168,00
50	Perfusor	R\$ 50,00
51	Perneiras	R\$ 420,00
52	Reservatório J- Vac	R\$ 150,00
53	Scalp – un (qualquer tamanho e marca)	R\$ 2,10
54	Seringa 50-60 ml – un	R\$ 15,75
55	Seringa perfusora – un	R\$ 26,25
56	Seringas (1ml, 3ml, 5ml, 10 ml, 20 ml) – un	R\$ 3,15
57	Sistema coletor de secreção para vias aéreas	R\$ 50,00
58	Sistema de aspiração fechado	R\$ 150,00
59	Sonda de alimentação nasoenteral	R\$ 210,00
60	Sonda de aspiração traqueal – un	R\$ 4,20
61	Sonda uretral – sonda vesical de alívio	R\$ 4,20
62	Sonda vesical de demora	R\$ 45,00
63	Tela Prolene 15 x 15 cm	R\$ 252,00
64	Tela Prolene 30 x 30 cm	R\$ 588,00
65	Tela Prolene 7,6 x 15 cm	R\$ 199,50
66	Transofix (ou similar) – un	R\$ 10,00
67	Tubo endotraqueal (qualquer tamanho e marca)	R\$ 18,50

4.5. Mantas térmicas serão remuneradas mediante justificativa médica para cirurgias de grande porte (porte 6 e 7) em idosos, neonatos, politraumatizados e grandes queimados.

4.6. Filtros de Barreira serão remunerados em pacientes com patologias infectocontagiosas do trato respiratório como por exemplo Tuberculose, H1N1 devidamente justificados em conta.

4.7. Materiais que possam ser **reutilizáveis**, como por exemplo: máscaras **laríngeas** e **agulhas de biópsia**, estão incluídos em diárias e taxas hospitalares não sendo autorizado sua remuneração.

4.8. Perneiras de compressão pneumática para membros inferiores serão remuneradas uma por internação. Estudos de medicina baseada em evidências têm demonstrado a redução do risco de TVP por métodos mecânicos (meias de compressão elástica gradual (GCS), compressor pneumático intermitente (CPI) e bomba venosa de pé) de profilaxia em



determinados grupos de pacientes. Além disso, demonstram que a profilaxia mecânica não reduz o risco de morte ou TEP. Os guidelines recomendam o uso do CPI e outros métodos mecânicos como alternativa de prevenção de TVP em pacientes em que a anticoagulação está contra-indicada. Portanto, serão remuneradas nestes casos.

4.9. Os cateteres periféricos, equipos e conexões deverão ser trocados, obedecendo às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017, e a remuneração dos mesmos será de acordo com o que a Agência determina. Para trocas de CVP, seguir as considerações: Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Remover o cateter periférico tão logo não haja medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas. Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.

4.10. Demais campos, diferentes dos citados em tabela, serão remunerados em taxa de sala.

5. DIETA ENTERAL E PARENTERAL

5.1. Dietas enterais/parenterais, suplementos, vitaminas e minerais serão remuneradas pelo Guia Brasíndice com deflator de 50%.

5.2. A prescrição da dieta deverá ser informada através do e-mail contamedica@gmail.com, contendo justificativa clínica em até 48 horas após início da sua administração.

5.3. Caso não haja referência em Guia Brasíndice, a dieta será remunerada pela última publicação no guia com deflator de 50%.

6. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPMEs

6.1. Serão remunerados através de apresentação de Nota Fiscal acrescido de taxa de comercialização de **15% (quinze por cento)**.

6.2. Em **casos eletivos**, o credenciado deverá apresentar 03 (três) orçamentos de seus próprios fornecedores por correio eletrônico, no prazo máximo de 5 dias após a solicitação da cotação, ao e-mail contamedica@gmail.com que será submetido a lisura/auditoria prévia para verificação de compatibilidade com os valores praticados no mercado da grande Florianópolis, e posterior aprovação e autorização, será pago o de menor valor à credenciada com margem de operacionalização de 15% (quinze por cento), sendo obrigatória a apresentação da **Nota Fiscal de Venda em nome do paciente** do referido material, o envio de cópia das etiquetas correspondentes e relatório de cirurgia.

6.3. Nos **casos de urgência e emergência** devidamente comprovados, não há necessidade de autorização prévia, porém o uso do material deve ser informado no endereço eletrônico contamedica@gmail.com nas primeiras 48 h úteis subsequente ao evento, e a caracterização do quadro de urgência poderá ser alvo de confirmação em auditoria *in loco*.

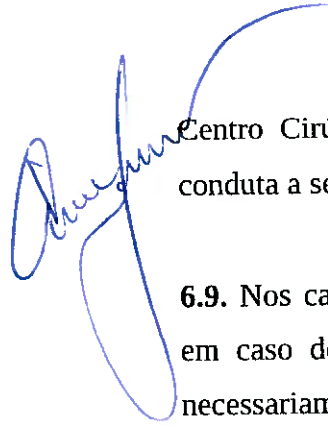
6.4. Caso a Credenciada não forneça 03 (três) orçamentos, o **Credenciador indicará** a OPME de menor valor econômico que atenda a necessidade médica do paciente.

6.5. Em hipótese alguma a Credenciada poderá cobrar dos beneficiários do Sistema SAMMED/FUSEx/PASS, qualquer valor relacionado à utilização de OPME.

6.6. É proibida a substituição ou troca da OPME autorizado. O Credenciador não se responsabiliza por OPMEs utilizados que não possuam a autorização prévia, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico ou em casos excepcionais que necessite a troca, devidamente justificado, esta deverá ser feita por material de qualidade compatível, sendo que neste caso será mantido o preço do material orçado previamente. **Neste caso, os mesmos deverão estar devidamente registrados em prontuário, com etiquetas e justificativa técnica por escrito.**

6.7. Falhas administrativas por parte da Credenciada não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa para a Credenciada dos valores excedentes ao orçamento autorizado.

6.8. No momento do ato cirúrgico que envolva OPMEs, o MÉDICO AUDITOR DO FUSEx poderá acompanhar o procedimento, desde que comunique com antecedência mínima de 48 horas à OCS contratada, não podendo a OCS, neste caso, restringir o acesso do Auditor ao



Centro Cirúrgico sobre quaisquer alegações. (A OCS poderá encaminhar o protocolo de conduta a ser seguido pelo médico auditor por ocasião do procedimento cirúrgico).

6.9. Nos casos de procedimentos realizados em caráter de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ou em caso de **troca** de OPME motivada por intercorrência médica a Credenciada deverá necessariamente comunicar e **encaminhar o ORÇAMENTO dos materiais utilizados**, para **APROVAÇÃO** do Credenciador, em até 7 dias úteis, sob pena de glosa concernente ao material utilizado. O orçamento apresentado será submetido a verificação de compatibilidade com os valores praticados no mercado da grande Florianópolis. Os OPMEs que forem necessários proceder a troca, somente será autorizado quando o valor for o mesmo do OPME autorizado anteriormente.

6.10. Nos casos de procedimentos realizados de forma ELETIVA em que houver acréscimo de OPMEs motivada por intercorrência ou necessidade médica, a Credenciada deverá comunicar e encaminhar o **ORÇAMENTO** dos materiais utilizados, para **APROVAÇÃO** do Credenciador, em até 7 dias úteis, sob pena de glosa concernente ao material utilizado. O orçamento apresentado será submetido a verificação de compatibilidade com os valores praticados no mercado da grande Florianópolis.

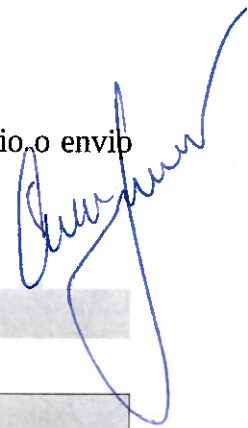
6.11. Os procedimentos cirúrgicos eletivos só poderão ser agendados pela Credenciada após a liberação do Credenciador. A liberação dependerá da 5ª Região Militar ou da Diretoria de Saúde.

6.12. A Credenciada deverá fazer constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização dos OPMEs.

6.13. As faturas deverão ser encaminhadas à Auditoria Médica do Hospital de Guarnição de Florianópolis com os seguintes documentos: cópia das etiquetas dos OPMEs, Nota fiscal de venda em nome do paciente, exame de imagem que comprove a utilização (se for o caso), descritivo cirúrgico (se for o caso).

6.14. Procedimentos cirúrgicos **eletivos** que foram realizados aos finais de semana ou nos horários compreendidos entre 19 -7h não farão jus ao acréscimo de 30%, inclusive os honorários do anestesista.

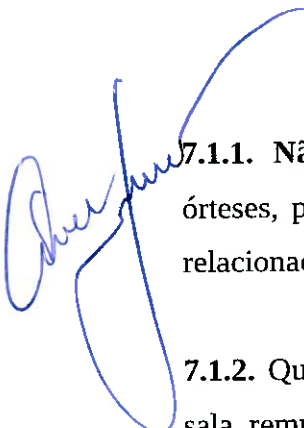
6.15. Para OPMEs cujo valor esteja acordado neste Referencial, não será necessário o envio de Nota Fiscal e não será pago o valor da taxa de comercialização.



7. TAXAS

CENTRO CIRÚRGICO	
DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de sala porte 0	R\$ 165,00
Taxa de sala porte 1	R\$ 260,00
Taxa de sala porte 2	R\$ 517,00
Taxa de sala porte 3	R\$ 685,00
Taxa de sala porte 4	R\$ 1.028,00
Taxa de sala porte 5	R\$ 1.176,00
Taxa de sala porte 6	R\$ 1.532,00
Taxa de sala porte 7	R\$ 1.720,00
Taxa de sala porte 8	R\$ 1.907,00
Taxa de recuperação anestésica	R\$ 82,00

7.1. TAXA DE SALA CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA: A taxa de sala será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da Tabela CBHPM 5ª Ed 2009. **Compreende:** Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, curativos, aspiração, material e medicamento, irrigação vesical, lavagens gástricas e intestinal, retirada de pontos, coleta de exames, glicemia capilar, punção venosa, tricotomia, preparo do corpo em caso de óbito, controle de ingestão e perdas, etc.); serviço de instrumentação cirúrgica; Rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, capas para proteção de equipamentos, lavagem e esterilização; Todos os equipamentos e instrumental necessários à cirurgia; Aspirador elétrico ou a vácuo, Cardioversor / Desfibrilador, Monitor cardíaco, Oxímetro de pulso, Bisturi elétrico, bisturi mono/bipolar, Caneta eletrocirúrgica, Respirador, Aparelho de anestesia, monitor de pressão, bomba de infusão, capnógrafo, carro de anestesia; instalação de oxigênio; Mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do RN; Cuidados de higiene do RN; Assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente), inclusive anti-sépticos e materiais; Instalações físicas (sala e ambientes de apoio); Instrumental apropriado para cirurgia; Limpeza e esterilização de instrumental; Limpeza e desinfecção ambiental; Inclui circulante de sala e taxas.



7.1.1. Não compreende outros materiais descartáveis, medicações, materiais especiais, órteses, próteses, honorários profissionais e equipamentos necessários ao ato cirúrgico não relacionados nesta assertiva.

7.1.2. Quando forem realizados procedimentos cirúrgicos que envolvam 2 (dois) portes de sala, remunerar-se-á apenas o de maior valor.

7.2. TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: O valor da Taxa de Sala de Recuperação não será pago quando o paciente for transferido para Unidade de Terapia Intensiva. Compreende: Leito p/ recuperação e acessórios; Serviços de enfermagem do procedimento; Limpeza de desinfecção ambiental; Assepsia e anti-sepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; a ocupação do leito em ambulatório; Instalações físicas (sala p/ recuperação e ambientes de apoio); Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente; Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo/elétrico, Monitor cardíaco, Desfibrilador / Cardio versor; Equipamentos de Proteção Individual. Não compreende: Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima Honorários Médicos; SADT.

7.3. TAXA DE SALA AMBULATORIAL

DESCRIÇÃO	VALOR
Sala de procedimentos ortopédicos (por uso)	R\$ 50,00
Sala de observação em pronto-socorro (até 6 h)	R\$ 45,00
Sala de observação em pronto-socorro (6 a 12 horas)	R\$ 173,00
Taxa de permanência em pronto-socorro, superior a 12 horas, quando não houver leito para internação (paga 1 vez a cada 24 horas)	R\$ 220,00
Sala de infusão de quimioterapia	R\$ 75,00
Sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	R\$ 50,00
Sala de exames endoscópicos do Aparelho Digestivo e anexos	R\$ 35,00

7.3.1. TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO (ATÉ 6 HORAS): remunera todo o trabalho da equipe de enfermagem (verificação de sinais vitais, antisepsia do paciente e equipe de enfermagem e médica, sondagens vesicais e nasogástricas, instalação de soroterapia, administração de medicação oral e parenteral, a ocupação do leito em ambulatório, monitorização cardíaca, saturação de Oxigênio e Gás Carbônico, EPI -

Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimentos, toucas, máscaras, propés, tanto para equipe quanto para o paciente). Inclui também materiais para antisepsia e substâncias antissépticas e leito para observação.

7.3.2. TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO (ATÉ 12 HORAS): remunera todo o descrito na Taxa de Sala de Observação em Pronto-Socorro, no entanto, o período de ocupação do leito pelo paciente estende-se até o limite de 12 horas.

7.3.3. TAXA DE SALA DE INFUSÃO DE QUIMIOTERAPIA: compreende serviços de enfermagem, assepsia e antisepsia EPI - Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimentos, toucas, máscaras, propés, tanto para equipe quanto para o paciente). Inclui também materiais para antisepsia e substâncias antissépticas com a inclusão de capela de fluxo laminar, leito e ou poltrona, roupa e bomba de infusão. **Não compreende:** medicações, materiais de consumo (descartáveis ou não) e honorários médicos.

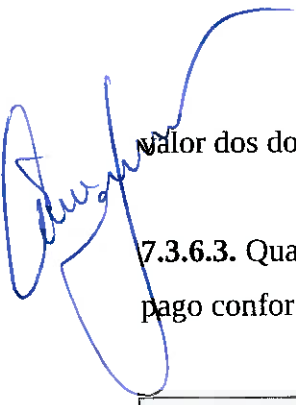
7.3.4. TAXA DE SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: compreende assepsia e antissépticos do paciente e equipe médica, EPI - Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimentos, toucas, máscaras, propés, tanto para equipe quanto para o paciente). Inclui também materiais para antisepsia e substâncias antissépticas, serviços de enfermagem, leito para observação e roupa. **Não compreende** material de consumo descartável ou não, medicações, fisioterapia e honorários médicos.

7.3.5. TAXA DE SALA DE EXAMES ENDOSCÓPICOS DO APARELHO DIGESTIVO E ANEXOS: compreende serviços de enfermagem, assepsia e antisepsia, EPI - Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimentos, toucas, máscaras, propés, tanto para equipe quanto para o paciente). Inclui também materiais para antisepsia e substâncias antissépticas e leito para observação. **Não compreende:** material de consumo (descartáveis ou não), fisioterapia, equipamento não descritos acima e honorários médicos.

7.3.6. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS:

7.3.6.1. A utilização de equipamentos será remunerada conforme Custo Operacional (UCO) para cada procedimento previsto na CBHPM.

7.3.6.2. Quando forem realizados dois ou mais procedimentos que possuam UCO, será pago o

 Valor dos dois maiores UCOs, independente da quantidade de procedimentos.

7.3.6.3. Quando não houver UCO e for necessária a utilização do equipamento, o mesmo será pago conforme tabela abaixo.

EQUIPAMENTO	FORMA DE USO	VALOR
Aparelho de criocautério	Uso	R\$ 20,09
Aparelho de cardioplegia	Uso	R\$ 78,47
Aspirador uterino	Uso	R\$ 169,11
Bomba de circulação extra-corpórea	Sessão	R\$ 195,12
Broncofibroscópio	Uso	R\$ 102,17
Broncoscópio	Uso	R\$ 101,95
Cistoscópio	Uso	R\$ 130,24
Craniótomo	Uso	R\$ 76,43
Criocautério catarata	Uso	R\$ 78,07
Criocautério retina	Uso	R\$ 93,50
Dermátomo elétrico	Uso	R\$ 59,81
Dermátomo manual	Uso	R\$ 7,56
Endolaser	Uso	R\$ 7,84
Eletroconvulsor	Uso	R\$ 48,74
Estimulador de nervos periféricos	Uso	R\$ 199,22
Facoemulsificador	Uso	R\$ 72,85
Fibra-Óptica (afastador luminoso)	Hora	R\$ 48,74
Fototerapia	Dia	R\$ 29,24
Fotóforo	Uso	R\$ 54,80
Garrote pneumático	Uso	R\$ 19,49
Gerador de rádio frequência	Uso	R\$ 8,70
Halo craniano	Uso	R\$ 49,89
Histeroscópio cirúrgico versa poit	Uso	R\$ 353,84
Laser oftalmológico	Uso	R\$ 121,43
Laser	Uso	R\$ 341,44
Laparoscópio	Uso	R\$ 342,44
Lipoaspirador	Hora	R\$ 29,24
Litotritor ultrassônico	Uso	R\$ 198,18
Lupa cirúrgica	Uso	R\$ 48,74
Marcapasso temporário externo	Dia	R\$ 97,55
Microscópio cirúrgico	Uso	R\$ 150,68

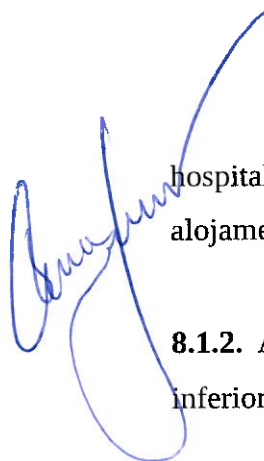
Microscópio oftalmológico	Uso	R\$ 150,68
Monitor de débito cardíaco	Uso	R\$ 27,85
Monitor de pressão arterial invasiva	Hora	R\$ 68,00
Monitor de modulo bis	Uso	R\$ 60,70
Nefroscópio	Uso	R\$ 779,90
Paquímetro	Sessão	R\$ 97,55
PH metria	Uso	R\$ 100,20
Ressectoscópio/retossigmoidoscópio	Uso	R\$ 215,72
Ressectoscópio versa point	Uso	R\$ 361,86
Ressectoscópio rig/flex	Uso	R\$ 111,03
Serra elétrica	Uso	R\$ 29,19
Serra de nitrogênio	Uso	R\$ 34,84
Tração esquelética	Uso	R\$ 71,73
Trepano de nitrogênio	Uso	R\$ 126,29
Trepano elétrico	Uso	R\$ 36,39
Ureteroscópio	Uso	R\$ 485,74
Uretrótomo	Uso	R\$ 436,39
Urodensímetro	Uso	R\$ 21,48
Videoartroscópio	Uso	R\$ 347,00
Videoendoscópio	Uso	R\$ 347,00
Videohisteroscópio	Uso	R\$ 469,54
Videobroncoscópio	Uso	R\$ 281,71
Videocolonoscópio	Uso	R\$ 303,11
Videolaparoscópio	Uso	R\$ 469,54
Vitreofágo	Uso	R\$ 299,53
Rx na sala cirúrgica com intensificador de imagem (Arco Cirúrgico)	Uso	R\$ 292,67
Yag Laser	Uso	R\$ 39,71

7.3.6.4. As taxas de Monitor de Débito Cardíaco, Monitor de pressão arterial invasiva e Monitor de modulo bis, serão pagas somente quando usadas fora da UTI e Centro Cirúrgico.

8. DIÁRIAS

8.1. DIÁRIA HOSPITALAR:

8.1.1. É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição



hospitalar. A importância a ser indenizada servirá para cobrir as despesas inerentes ao alojamento e à alimentação, por dia de internação.

8.1.2. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados meia diária.

8.1.3. Cobra-se uma diária por dia, iniciando pelo dia da baixa.

8.1.4. O dia da alta não é contabilizado.

8.2. HOSPITAL-DIA:

8.2.1. É a forma de atendimento hospitalar prestada a pacientes que necessitem de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida, biópsia entre outras), mas que apresentem condições clínicas de permanecer em seu domicílio, superior a 6 (seis) e inferior a 12 (doze) horas, onde não há pernoite do paciente.

8.2.2. Havendo necessidade de pernoite, o paciente será internado em aposento disponível, conforme cobertura pactuada, e será cobrada as diárias correspondentes, não podendo ocorrer sobreposição das duas modalidades.

8.3. ACOMPANHANTE:

8.3.1. A diária de acompanhante será custeada em conformidade com a Portaria nº 048 do Departamento Geral de Pessoal de 28 de fevereiro de 2008, que aprova as IR para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército Brasileiro (IR 30-38), em seu artigo 64, § 1º e 2º, e legislação correlata para beneficiários do PASS e SAMEx.

8.4. COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS:

8.4.1. DIÁRIAS NORMAIS: internações clínicas ou cirúrgicas em quarto privativo, enfermaria, berçário normal e hospital-dia. No valor da diária estão incluídas as instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio); Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto privativo; Alimentação do paciente e cuidados básicos de

enfermagem incluso todas as técnicas de enfermagem, cuidados de higiene e conforto do paciente (inclui material) aplicações de injeções, soros, curativos, instalação de dispositivos de oxigenoterapia, administração de medicamentos por todas as vias (oral, venosa, inalatória e retal), passagem de sonda vesical, retal, nasoenteral e nasogástrica, aspiração das vias aéreas superiores, enteroclisma, irrigação vesical contínua, incluso material e medicamento, aspiração de secreção orotraqueal, lavagem traqueal, lavagens gástricas e intestinal, retirada de pontos, punção de port-a-cath, administração/instalação de dietas enterais (via oral ou nasoenteral) e parenterais, coleta de exames, glicemia capilar, punção venosa, tricotomia, preparo do corpo em caso de óbito, retirada de pontos, controle de ingestão e perdas, sinais vitais, desinfecção terminal e necrotério); Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; lavagem e esterilização; Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia); Limpeza de esterilização de instrumentais; Assepsia e antissepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e anti-sépticos; Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); materiais de higiene corporal; Orientação nutricional no momento da alta; Limpeza e desinfecção ambiental; Equipamento de proteção individual (equipe técnica e pacientes/acompanhantes); Inclui vácuo (central ou portátil) e carro de parada. Taxa administrativa.

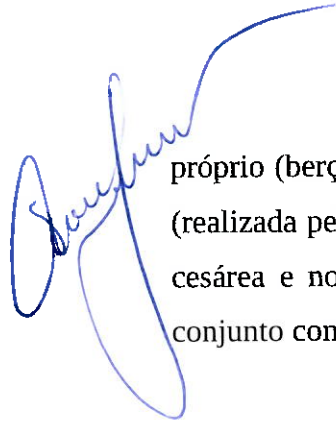
8.4.1.1. O valor da diária normal não compreende: materiais e medicamentos dos cuidados de enfermagem; utilização de equipamentos cirúrgicos e instrumentais cirúrgicos proibidos de reprocessamento; honorários médicos; SADT e alimentação de acompanhante (que é paga através da Guia de Encaminhamento que autoriza a diária do acompanhante).

8.4.1.2. Caso o paciente seja transferido para berçário ou Unidade Especial (UTI, UTI neonatal e UTI semi-intensivo), o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado.

8.4.1.3. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao prestador dos serviços de saúde (hospital ou clínica).

8.4.2. DIÁRIAS ESPECIAIS:

8.4.2.1. BERÇÁRIO: refere-se a quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada). O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS; Leito



próprio (berço, pulseira de identificação, berço aquecido, incubadora); Orientação nutricional (realizada pelo nutricionista) durante a internação e no momento da alta. Os pacotes de parto cesárea e normal já incluem o valor das diárias. Nesses casos, o RN fica em alojamento conjunto com a mãe.

8.4.2.2. BERÇÁRIO PATOLÓGICO: refere-se a quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não). O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS e BERÇÁRIO; Orientação nutricional (realizada pelo nutricionista) durante a internação e no momento da alta; Fototerapia; Leito próprio (incubadora aquecida, berço aquecido, bomba de infusão, bomba de seringa).

8.4.2.3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI: refere-se à acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente. O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (comum ou especial); Desfibrilador/Cardioversor, Bomba de infusão, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo, Monitor cardíaco, Respirador, Capnógrafo, BIPAP, CPAP, monitor de pressão arterial invasiva, monitor de pressão arterial não invasiva.

8.4.2.4. UTI NEO-NATAL: O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS; Todos os itens inclusos no item BERÇÁRIO PATOLÓGICO, além de respirador; Todos os itens descritos no item UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

8.4.2.5. UTI PEDIÁTRICA: O valor da diária engloba todos os itens descritos em DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (comum ou especial), Desfibrilador/Cardioversor, Bomba de infusão, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo, Monitor cardíaco, Respirador, Capnógrafo, fototerapia, berço aquecido, incubadora.

8.4.2.6. Não estão inclusos na composição das DIÁRIAS ESPECIAIS, a utilização de instrumentais proibidos de reprocessar, honorários médicos e SADT.

8.4.3. VALORES DAS DIÁRIAS:

DESCRIÇÃO	VALOR
Acomodação Médio Risco Pediátrico Inclui incubadora e/ou berço aquecido, monitorização, fototerapia, oxigenoterapia, bomba de infusão, desfibrilador, oxímetro de pulso,	R\$ 441,00

aspirador a vácuo.	
Acompanhante	R\$ 105,00
Apartamento – quarto privativo	R\$ 520,50
Apartamento (Psiquiatria) – diária global*	R\$ 560,00
Berçário Normal	Alojamento conjunto
Berçário Patológico	R\$ 265,00
Enfermaria – 2 ou 3 leitos	R\$ 265,00
Hospital-dia (Apartamento) Leito clínico ou psiquiátrico	R\$ 320,00
Taxa UTI para pacientes COVID-19 (até o limite máximo de 10 diárias)	R\$ 86,00
Taxa de isolamento (exceto apartamento e COVID-19)	R\$ 86,00
UTI Adulto	R\$ 1.592,50
UTI Neo-Natal	R\$ 1.298,50
UTI Pediátrica	R\$ 1.233,00

8.4.3.1. A taxa de isolamento será paga nos casos de UTI e enfermaria, nos quais o paciente necessite ficar isolado. Não será paga para apartamento, uma vez que o mesmo acomoda apenas 01 paciente.

8.4.3.2. A diária de Apartamento (Psiquiatria) refere-se a uma diária global que isenta o CREDENCIADO do pagamento individual dos serviços prestados ao paciente durante a internação psiquiátrica. A diária no **valor de R\$ 560,00** servirá para todo o cuidado prestado durante o dia de internação e inclui atendimento médico, psicoterapia, atividade física com acompanhamento especializado, terapia ocupacional, assistência social, bem como suporte a família sempre que necessário, cuidados de enfermagem especializada 24 horas por dia, serviço de hospedagem e alimentação (café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia). Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos, taxas, diárias em apartamento, materiais, gasoterapia, medicamentos – exceto INVEGA – palmitato de paliperidona.

8.4.3.3. A diária de acompanhante inclui alimentação – pernoite, café da manhã, almoço e jantar.

8.4.3.4. O quarto privativo é composto de quarto com acomodação para acompanhante e para o recém-nascido.

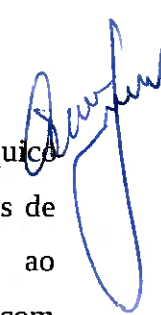
8.4.3.5. A enfermaria é a acomodação composta de quarto coletivo para 2 ou mais pacientes, com banheiro comum.

8.4.3.6. Hospital-dia é a acomodação de paciente para cirurgia ou exame, com permanência de no máximo 12 horas no hospital.

8.4.4. PADRÃO DE ACOMODAÇÕES E SUAS CORRELAÇÕES:

MILITARES – GRADUAÇÕES	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO
Oficiais e seus dependentes	Quarto privativo
Subtenentes, Sargentos e seus dependentes	Quarto privativo e enfermaria de até 6 leitos
Cabos, Taifeiros e Soldados	Enfermaria de até 3 leitos e enfermarias gerais
Dependentes de Cabos, Soldados e Taifeiros	Enfermaria de até 6 leitos

CARGOS E FUNÇÕES DOS SERVIDORES CIVIS	PADRÃO DE ACOMODAÇÃO
- Consultor Jurídico Adjunto do Comando do Exército Oficial-General, - Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100) - Categoria NS (Nível Superior) em todas as Classes e Padrões - Professor de Ensino Superior - Titular e Associado - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial - 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 Oficial Superior	Correspondente ao de Oficiais
- Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classes "C" e "D" - 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 Subtenentes e Sargentos
- Categoria NI (Nível Intermediário) em todas as Classes e Padrões - Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III - Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	Correspondente ao de Cabos


8.4.4.1. Os militares da reserva ou reformados que percebem vencimentos de grau hierárquico superior ou pensionistas de militares nesta situação, têm direito à utilização dos padrões de acomodação referentes ao valor descontado, desde que o beneficiário apresente ao CREDENCIANTE documento que comprove esta situação e a guia de encaminhamento com o padrão correto.

8.4.4.2. Caso o paciente seja transferido para UTI, UTI neo-natal ou berçário, o aposento da internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir o custo diretamente com o CREDENCIADO.

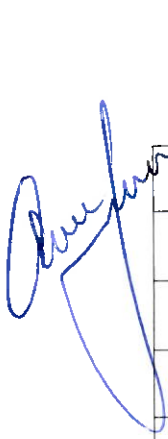
8.4.4.3. No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com o padrão acima definido, o CREDENCIADO obrigará-se a instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para o CREDENCIANTE, até que ocorra vaga, quando então, será transferido.

8.4.4.4. É reservado ao beneficiário o direito de optar por instalações superiores às credenciadas, assim como pela utilização de itens complementares de conforto, para si e seus dependentes. Neste caso, caberá ao CREDENCIADO assinar com o BENEFICIÁRIO ou seu representante legal e remeter ao CREDENCIANTE, um TERMO DE AJUSTE PRÉVIO, em que registre o compromisso do BENEFICIÁRIO em pagar integralmente ao CREDENCIADO a diferença de diárias, honorários médicos e demais despesas decorrentes desta opção, eximindo o CREDENCIANTE de qualquer responsabilidade quanto aos mesmos.

9. GASOMETRIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

9.1. A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme a vazão remunerada por hora ou sessão.

DESCRIÇÃO	VALOR
Oxigênio – 1 l/min (cada hora)	R\$ 4,00
Oxigênio – 2 l/min (cada hora)	R\$ 11,00
Oxigênio – 3 l/min (cada hora)	R\$ 15,80



Oxigênio – 5 l/min (cada hora)	R\$ 17,00
Oxigênio – 8 l/min (cada hora)	R\$ 22,20
Oxigênio – 10 l/min (cada hora)	R\$ 27,80
Oxigênio – 15 l/min (cada hora)	R\$ 40,00
Oxigênio – respirador adulto/ hora	R\$ 27,80
Oxigênio – respirador pediátrico/ hora	R\$ 16,70
Nebulização – inclui medicamentos, materiais e soluções	R\$ 10,00
Ar comprimido/ hora	R\$ 10,00
Protóxido de azoto / Óxido Nitroso por hora	R\$ 21,00
Gás Carbônico/ hora	R\$ 15,00
Óxido Nítrico/ hora	R\$ 25,00
Nitrogênio (cada hora)	R\$ 40,00
Aspiração oral/traqueal – inclusos materiais e medicamentos (apenas em PS em ambulatório)	R\$ 5,00

DESCRIÇÃO
Oxigênio 1 a 5 l/min: Utilizado em máscara facial e cateter nasal. Prescrito por profissional médico em uso contínuo ou intermitente.
Oxigênio 6 l/min: Utilizado em Centro Cirúrgico no(s) carro(s) de Anestesia com cal sodada ou protóxido.
Oxigênio 10 l/min: Utilizado em macronebulização contínua e CPAP.
Oxigênio 15 l/min: Utilizado exclusivamente em respiradores de fluxo contínuo.

10. PACOTES

10.1. PACOTE DE CURATIVOS (Incluso taxas)

DESCRIÇÃO	VALOR
Curativo pequeno: Inclui 02 SF % 10ml, 02 Pacotes (10 un) compressa gaze 7,5X7,5 cm e 40 cm Micropore 50 mmX10 m e taxas.	R\$ 9,00
Curativo Médio: Inclui 04 SF % 10ml, 03 Pacotes (10 un) compressa gaze 7,5X7,5 cm e 80 cm Micropore 50 mmX10 m e taxas.	R\$ 19,00

Curativo Grande: Inclui 01 SF % 100 ml, 05 Pacotes (10 un) compressa gaze 7,5X7,5 cm e 150 cm Micropore 50 mmX10 m e taxas.	R\$ 29,00
Curativo Ortopédico: Inclui 01 SF % 100 ml, 05 Pacotes (10 un) compressa gaze 7,5X7,5 cm e 02 Atadura Crepon 15 cm e taxas.	R\$ 50,00

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

10.1.2. Serão considerados **curativos médios**: cirurgias infectadas, incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

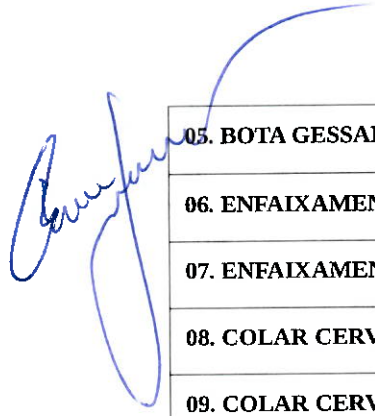
10.1.3. Serão considerados **curativos grandes**: incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções incluindo fasceíte, toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de esterno e cavidades abertas, com lavagem, grandes fístulas e outros da mesma similaridade.

10.1.4. Medicamentos para uso em lesões (curativos) que ultrapassem o custo de **R\$ 100,00** por curativo deverão ter consulta prévia e autorização do setor de Auditoria do Hospital de Guarnição de Florianópolis, via e-mail contamedica@gmail.com.

10.2. PACOTE DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ORTOPEDIA

10.2.1. Pelo termo PACOTE entende-se a pré-fixação do valor de determinado procedimento hospitalar e/ou ambulatorial que será composto do custo de materiais, medicações, diárias, taxas, gases, custo operacional e honorários profissionais, permitindo variações em sua composição.

PROCEDIMENTOS – PACOTES	VALOR
01. MEMBRO SUPERIOR	R\$ 82,50
02. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA QUALQUER SEGUIMENTO	R\$ 71,50
03. TALA DE ALUMÍNIO PARA MÃO	R\$ 55,00
04. BOTA GESSADA COM SALTO	R\$ 107,00



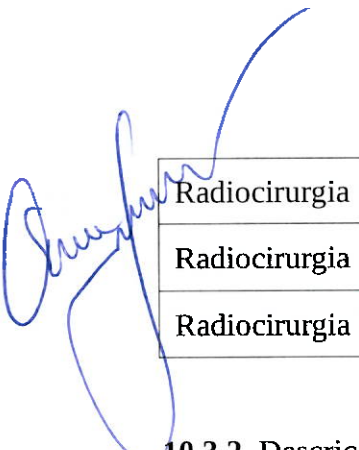
05. BOTA GESSADA SEM SALTO	R\$ 90,00
06. ENFAIXAMENTO MEMBRO SUPERIOR	R\$ 68,00
07. ENFAIXAMENTO MEMBRO INFERIOR	R\$ 88,00
08. COLAR CERVICAL GESSADO	R\$ 70,00
09. COLAR CERVICAL NÃO GESSADO	R\$ 66,00
10. IMOBILIZAÇÃO TALA GESSADA MEMBRO INFERIOR	R\$ 100,00
11. APARELHO GESSADO CRURO PODÁLICO	R\$ 130,00
12. APARELHO GESSADO TÓRACO-BRAQUIAL	R\$ 120,00
13. APARELHO GESSADO MINERVA OU RISSE PARA ESCOLIOSE	R\$ 120,00
14. APARELHO GESSADO-PELVI PODÁLICO	R\$ 140,00
15. TALA TIPO TUBO GESSADO	R\$ 96,00
16. APARELHO GESSADO INGUINO MALEOLAR	R\$ 90,00
17. LUVA GESSADA	R\$ 72,00
18. APARELHO GESSADO ÁXILO PALMAR OU PENDENTE	R\$ 80,00
19. TIPO VELPEAU GESSADO	R\$ 90,00
20. COLETE GESSADO	R\$ 130,00
21. TALA- BOTA GESSADA MEMBRO INFERIOR	R\$ 90,00
22. TALA AXILAR TIPÓIA	R\$ 86,00
23. TALA INGUINO PODÁLICA GESSADA MEMBRO INFERIOR	R\$ 120,00
24. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA DEDOS DOS PÉ	R\$ 58,50
25. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA TORNOZELO	R\$ 62,00
26. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA TÓRAX	R\$ 62,00
27. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA DEDOS DAS MÃOS	R\$ 62,00
28. PUNÇÃO-EXTRA-ARTROCENTESE-ARTIGULAR DIAGNÓSTICO	R\$ 80,00
29. EXERESE DE UNHA	R\$ 90,00
30. ABSCESSO DE DEDO - DRENAGEM	R\$ 75,00
31. INCISÃO OU DRENAGEM DE ABCESSO-HEMATOMA	R\$ 90,00
32. PUNÇÃO ARTICULAR TERAPÊUTICA-INFILTRAÇÃO	R\$ 92,50
33. CANTOPLASTIA UNGUEAL	R\$ 115,00

34. ABCESSOS DE MÃO E DEDO	R\$ 115,00
35. CURATIVO-RETIRADA DE PONTOS	R\$ 57,00
36. CURATIVO COM ANESTESIA	R\$ 13,00
37. CURATIVO SEM ANESTESIA	R\$ 11,00
38. IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA - VELPEAU	R\$ 84,00
39. PUNÇÃO ARTICULAR TERAPEUTICA-INFILTRAÇÃO COM TRIANCIL	R\$ 150,00
40. BOTA CORRETIVA PARA PÉ TORTO	R\$ 68,00

10.3. PACOTE DE RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL

10.3.1. Os acessórios (máscara, imobilização Vacloc, blocos, filmes), os procedimentos simulação e planejamento e os honorários médicos e demais profissionais estão inclusos nos valores acordados nos pacotes, não podendo ser cobrados a parte.

PROCEDIMENTOS – PACOTES	VALOR	
Próstata focal	R\$ 16.580,00	Pacote 1
Próstata pelve		
Mama Mama + FSC	R\$ 12.850,00	Pacote 2
Pulmão	R\$ 13.550,00	Pacote 3
Cabeça e Pescoço	R\$ 14.000,00	Pacote 4
Cérebro total Meta óssea	R\$ 7.550,00	Pacote 5
Cérebro /SNC	R\$ 13.500,00	Pacote 6
Esôfago Estômago Reto/ânus	R\$ 12.250,00	Pacote 7
Pelve Feminina Pelve Masculina	R\$ 12.250,00	Pacote 8
Testículos Linfoma	R\$ 9.350,00	Pacote 9
Partes moles	R\$ 10.500,00	Pacote 10



Radiocirurgia nível I	R\$ 12.250,00	Pacote 11
Radiocirurgia nível II	R\$ 14.500,00	
Radiocirurgia III	R\$ 16.850,00	

10.3.2. Descrição dos pacotes:

PACOTE Nº 1					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Próstata focal Próstata pelve	38	Até 240	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	240
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 2					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Mama Mama FSC	33	120 a 140	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	120 a 140
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 3					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Pulmão	30	até 120	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	120
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 4					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências

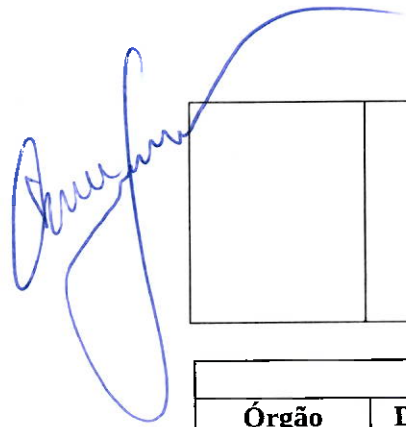
Cabeça e Pescoço	35	até 165	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	165
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 5					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Cérebro e Meta Óssea	14	40 a 50	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	40 a 50
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 6					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Cérebro SNC	30	120	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	120
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE Nº 7					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Esôfago Estômago Reto/Ânus	25	100 a 120	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	100 a 120
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01

PACOTE Nº 8					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Pelve Feminina Pelve Masculina	30	110 a 120	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	110 a 120
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01



			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE N° 9					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Testículos Linfoma	20	60	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	60
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE N° 10					
Órgão Alvo	Dias úteis	Campos	Código	Descrição	Ocorrências
Partes Moles	25 a 30	100	41201035	Megavoltagem – acelerador linear – fótons ou elétrons (6-10 Mv)	100
			41201060	Cheque –filme	15
			41201280	Planejamento computadorizado tridimensional (por região anatômica)	01
			41201183	Confecção de sistema de imobilização cabeça e pescoço e membros	01
			41201191	Bloco de colimação individualizado	10
			41201108	Simulação de tratamento complexa	01

PACOTE 11		
Procedimento	Código	Dia
Radiocirurgia estereotáxica nível I	4.12.02.01-5	1
Radiocirurgia estereotáxica nível II	4.12.02.02-3	1
Radiocirurgia estereotáxica nível III	4.12.02.03-1	1

10.4. PACOTE DE RADIOTERAPIA DE ALTO CUSTO

10.4.1. Radioterapia estereotáxica fracionada 1ª aplicação, código (4.12.03.13-5) (Valor Total R\$ 9.550,00) e a Radioterapia estereotáxica (por aplicação subsequente), código (4.12.03.14-3), (22 x R\$ 490,00) ambos os códigos da Tabela CBHPM 5ª Ed ano 2009, perfazendo o total de R\$ 20.330,00 (vinte mil, trezentos e trinta reais centavos) para 30 dias de tratamento.

10.4.2. Radioterapia com Modulação de Intensidade do Feixe (IMRT), por tratamento, código (4.12.03.05-4) CBHPM 5ª Ed ano 2012, com valor total do procedimento de R\$ 22.500,00 (vinte e dois mil e quinhentos reais).

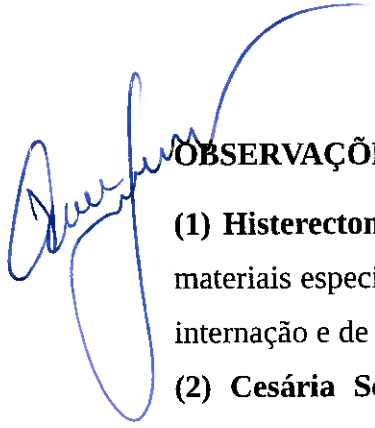
10.5. PACOTE DE IODOTERAPIA

10.5.1. Estão incluídos no pacote: consultas, diária para administração da iodoterapia, alimentação, material e medicamentos, dose de iodo-131, acompanhamento dosimétrico. Incluem-se ainda, equipe multidisciplinar composta: Médico Nuclear, Físico Médico, Técnico em Radiologia e Técnico de Enfermagem.

Igual a 50 mCi	R\$ 2.503,28
Igual a 100 mCi	R\$ 3.681,60
Igual a 150 mCi	R\$ 4.417,92
Igual a 200 mCi	R\$ 5.448,56
Igual a 250 mCi	R\$ 6.185,92
Igual a 300 mCi	R\$ 7.364,24

10.6. PACOTE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Descrição	Valor
1. Histerectomia total abdominal e/ou por vídeo	R\$ 6.006,00
2. Cesaria Segmentar Transversa	R\$ 4.058,00
3. Parto Normal	R\$ 3.496,50
4. Histerectomia Vaginal	R\$ 4.305,00
5. Colposcopia	R\$ 420,00
6. Histeroscopia	R\$ 3.500,00
7. Implante de DIU hormonal (Mirena) * - Procedimento ambulatorial	R\$ 1.500,00
8. Implante de DIU hormonal (kyleena) ** - Procedimento ambulatorial	R\$ 1.770,00
9. Implante de DIU não hormonal *** - Procedimento ambulatorial	R\$ 540,00
10. Curetagem uterina	R\$ 840,00
11. Retirada de DIU	R\$ 180,00



OBSERVAÇÕES:

(1) Histerectomia total abdominal: Inclui honorários de profissionais (exceto anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas de sala e 02 (duas) diárias de internação e de acompanhante em quarto privativo.

(2) Cesária Segmentar Transversa: Compreende 03 (três) diárias de internação e de acompanhante + material + medicação referente ao parto + taxas de sala. Não engloba honorários do Obstetra, Pediatra e Anestesista. O valor dos honorários médicos, exceto anestesista, será remunerado no valor máximo de **R\$ 1.733,00**.

(3) Parto Normal: Compreende 03 (três) diárias de internação e de acompanhante em quarto privativo + material + medicação referente ao parto + taxas de sala. Não engloba honorários do Obstetra, Pediatra e Anestesista. O valor dos honorários médicos, exceto anestesista, será remunerado no valor máximo de **R\$ 1.733,00**.

(4) Histerectomia Vaginal: Inclui honorários de profissionais (exceto anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas de sala e 02 (duas) diárias de internação e de acompanhante em quarto privativo.

(5) Colposcopia: Inclui materiais, uso de equipamento, medicamentos, honorários (exceto anestesista), taxas de sala.

(6) Histeroscopia: Inclui honorários de profissionais (exceto anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas e 01 (uma) diárias de internação e de acompanhante em quarto privativo.

(7-8) Implante de DIU: Inclui honorários de profissionais (exceto anestesista), DIU, medicamentos, materiais descartáveis, taxas.

* Para o implante de DIU hormonal Mirena, realizado dentro do ambiente hospitalar, o valor do pacote será **R\$ 1.984,50**, já incluso o honorário do anestesista, sem valorização do porte pelo dobro de sua quantificação, conforme a respectiva tabela de honorários anestésicos.

** Para o implante de DIU hormonal Kyleena, realizado dentro do ambiente hospitalar, o valor do pacote será **R\$ 2.247,00**, já incluso o honorário do anestesista, sem valorização do porte pelo dobro de sua quantificação, conforme a respectiva tabela de honorários anestésicos.

*** Para o implante de DIU não hormonal, realizado dentro do ambiente hospitalar, o valor do pacote será **R\$ 840,00**, já incluso o honorário do anestesista, sem valorização do porte pelo dobro de sua quantificação, conforme a respectiva tabela de honorários anestésicos.

(10) Curetagem uterina: Inclui honorários de profissionais (exceto anestesista), DIU, medicamentos, materiais descartáveis, taxas.

10.6.1. A assistência ao trabalho de Parto será remunerada até o máximo de **R\$ 595,75**.

Cesáreas eletivas não terão remuneração da assistência ao trabalho de parto.

10.6.2. Para parto gemelar, será pago um HM médico de 30% (trinta por cento) da via (cesárea ou normal) e 30% do valor do pacote.

10.7. PACOTE ENDOVASCULAR E HEMODINÂMICO

Ord	PACOTE	VALOR*	VALOR HM**
1	Arteriografia não cardíaca	R\$ 2.551,50	R\$ 1.575,00
2	Cateterismo Cardíaco	R\$ 2.635,50	R\$ 1.575,00
3	Cateterismo com Angioplastia Cardíaca	R\$ 9.754,50	R\$ 3.937,50
4	Angioplastia Periférica	R\$ 9.476,00	R\$ 3.150,00
5	Angioplastia de Carótidas (unilateral)	R\$ 20.685,00	R\$ 3.150,00
6	Angioplastia Coronária	R\$ 7.995,50	R\$ 3.150,00
7	Valvoplastia Aórtica	R\$ 6.625,50	R\$ 4.200,00
8	Valvoplastia Mitral	R\$ 7.497,00	R\$ 4.200,00
9	Valvoplastia Pulmonar	R\$ 6.216,00	R\$ 4.200,00
10	Endoprótese	R\$ 14.700,00	R\$ 4.200,00
11	Ablação de Fibrilação atrial	R\$ 26.250,00	R\$ 8.400,00
12	Cirurgia cardíaca com circulação extra-corpórea	3 orçamentos	R\$ 16.800,00

10.7.1. Os valores dos pacotes acima (*) se referem à:

1- Arteriografia não cardíaca: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

2- Cateterismo Cardíaco: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

3- Cateterismo com Angioplastia Cardíaca: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

Em caso de uso 01 (Um) **Stent Farmacológico** em Angioplastia CORONARIANA o valor máximo a ser pago é de até **R\$ 7.000,00** (sete mil reais) a UNIDADE, sendo que em caso de implante de 02 (dois) ou mais stents, o segundo terá como valor pago **R\$ 6.000,00** (seis mil reais), de igual forma o terceiro e outros que se fizerem necessários.

Em caso de uso 01 (UM) **Stent Convencional** em Angioplastia o valor máximo a ser

Logo
Pago é de até **R\$ 2.300,00** (dois mil e trezentos reais) a UNIDADE, sendo que em caso de implante de 02 (dois) ou mais stents, o segundo terá como valor pago **R\$ 2.000,00** (dois mil reais), de igual forma o terceiro e outros que se fizerem necessários.

4- Angioplastia Periférica: todos os materiais, inclusive especiais (cateteres, Kit PAM, Kit Aramado), medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

5- Angioplastia de Carótidas (unilateral): todos os materiais, inclusive especiais (incluindo stent para artéria carótida, cateteres, Kit PAM, Kit Aramado, Filtro de proteção embólica), medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

Em caso de Angioplastia *Periférica e/ou* de Carótidas, quando necessários, serão remunerados além do pacote de Angioplastia Periférica os seguintes materiais especiais com preço fixado, sem possibilidade de remuneração de outros materiais:

MATERIAL	VALOR
STENT FARMACOLOGICO PERIFERICO	R\$ 8.400,00
STENT RECOBERTO SEM HEPARINA	R\$ 6.825,00
STENT RECOBERTO COM HEPARINA	R\$ 8.400,00
STENT AUTOEXPANSIVO PERIFERICO	R\$ 5.775,00
STENT MONTADO EM BALÃO PERIFERICO	R\$ 5.775,00
STENT RENAL	R\$ 6.405,00

6- Angioplastia Coronária: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento. Não está incluso stent convencional, que será remunerado no valor de **R\$ 2.300,00** pelo primeiro stent convencional e **R\$ 2.000,00** a partir do segundo stent convencional.

Em caso de uso de **stent farmacológico** em Angioplastia Cardíaca o valor máximo a ser pago é de até **R\$ 7.000,00** (sete mil reais), sendo que em caso de implante de 02 (dois) ou mais stents, o segundo terá como valor pago **R\$ 6.000,00** (seis mil reais), de igual forma o terceiro e outros que se fizerem necessários.

As diárias dos procedimentos acima se referem à diária em apartamento, quando necessário.

7- Valvoplastia Aórtica: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

8- Valvoplastia Mitral: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

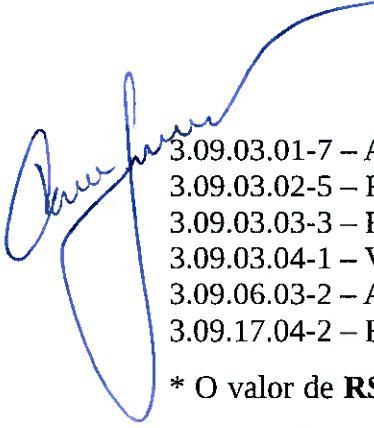
9- Valvoplastia Pulmonar: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento.

10- Endoprótese: todos os materiais, inclusive especiais, medicamentos (inclusive contraste), taxas de sala e gases utilizados durante o procedimento. A(s) endoprótese (s) não está inclusa.

11- Fibrilação atrial: 01 diária – paciente e acompanhante, medicamentos e materiais utilizados durante o procedimento, inclusive os especiais, exames (exceto sanguíneos – contrato à parte com o laboratório prestador), OPMEs, taxas de sala e equipamentos e gases utilizados durante o procedimento. O valor dos HM do anestesista está incluso no valor total dos HM, remunerado em, no máximo, **R\$ 2.400,00** que deverá ser repassado para a equipe anestésica que realizará o procedimento. O pacote de fibrilação atrial refere-se também a outros procedimentos, realizados no mesmo ato cirúrgico, que tenham a ablação de FA como o procedimento principal.

12- Cirurgia cardíaca com circulação extra-corpórea: os valores das OPMEs deverão obedecer ao item 6. **ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPMEs** deste Referencial. O valor de **R\$ 16.800,00** refere-se a todas as cirurgias cardíacas realizadas com Circulação Extra-corpórea (CEC).

Código	Descrição
3.09.01.01-4	– Ampliação (anel valvar, grandes casos, átrio ventrículo)
3.09.01.02-2	– Canal arterial persistente
3.09.01.03-0	– Coarctação da aorta
3.09.01.04-9	– Confecção de bandagem da artéria pulmonar
3.09.01.05-7	– Correção cirúrgica da comunicação interatrial
3.09.01.06-5	– Correção cirúrgica da comunicação interventricular
3.09.01.07-3	– Correção de cardiopatia congênita + cirurgia valvar
3.09.01.08-1	– Correção de cardiopatia congênita + revascularização do miocárdio
3.09.01.09-0	– Redirecionamento do fluxo sanguíneo
3.09.01.10-3	– Ressecção (infundíbulo, septo, membranas, bandas)
3.09.01.11-1	– Transposições (casos, Câmaras)
3.09.02.01-0	– Ampliação do anel valvar
3.09.02.02-9	– Cirurgia multivalvar
3.09.02.03-7	– Comissurotomia valvar
3.09.02.04-5	– Plastia Valvar
3.09.02.05-3	– Troca Valvar

- 
- 3.09.03.01-7 – Aneurismectomia de VE
 - 3.09.03.02-5 – Revascularização do miocárdio
 - 3.09.03.03-3 – Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar
 - 3.09.03.04-1 – Ventriculectomia parcial
 - 3.09.06.03-2 – Aneurisma de Aorta
 - 3.09.17.04-2 – Retirada de Tumores intracardíacos

* O valor de **R\$ 16.800,00** refere-se aos honorários do cirurgião e auxiliares de qualquer um dos procedimentos descritos acima, ou seja, aqueles que utilizam Circulação Extra-Corpórea. Cabe ressaltar que, a realização de mais de um procedimento dos citados acima, continuará sendo remunerado no valor de **R\$ 16.800,00**. **Não estão inclusos os honorários médicos do anestesista.**

10.7.2. Quando forem utilizados simultaneamente 2 (dois) pacotes, em que um procedimento não esteja incluído no outro, remunerar-se-á plenamente o de maior valor e 50% (cinquenta por cento) o de menor valor. O mesmo acontecerá com os honorários médicos.

10.7.3. Materiais especiais usados fora do pacote, deverão ser autorizados previamente e devidamente justificados em conta. Em caso de urgência e emergência, o material especial usado fora do pacote deverá ser informado em até 48 horas úteis após o procedimento através do e-mail contamedica@gmail.com.

10.7.4. Materiais especiais fora dos pacotes acima:

MATERIAL	VALOR MÁXIMO A SER REMUNERADO
Endoprótese Vascular Arterial, confeccionada em PTFE, para correção de aneurismas e lesões arteriais periféricas ou centrais, com liberação de heparina.	03 orçamentos fornecedores Nota Fiscal + 15%
Kit aramado Destination, tipo introdutor longo, para aneurismas cerebrais, angioplastias em ramos intracranianos e carótida.	R\$ 1.950,00
Kit aramado Raabe, Ansel, Shuttle (Cook), tipo introdutor longo periférico, para angioplastias periféricas.	R\$ 1.400,00
Catéter Balão Farmacológico (014, 0,35 ou outro calibre) para locais onde não seja possível inserção de Stents	R\$ 4.000,00
Dispositivo de encerramento por sutura (tipo Perclose proglyde)	R\$ 1.500,00

10.7.5. Sistemas de Fechamento Vascular Perclose e/ou similares serão remunerados pelo

Fusex nos casos de pacientes em uso de duplo antiagregante plaquetário e heparinização sistêmica concomitantes (uso prolongado); em procedimentos que utilizam acessos de grosso calibre (ex. endoprótese). Não autorizado para punções de calibres de 5/6f, uma vez que sua utilização não apresenta superioridade. Outras situações deverão ser justificadas pelo médico assistente e atestadas pelo médico auditor do FUSEx.

10.7.6. Para o procedimento de implante de MARCAPASSO DUPLA CÂMARA MRI – será pago o valor máximo **R\$ 13.000,00** – incluso todos os materiais (incluindo introdutores, eletrodos, marcapasso), medicamentos, taxas de sala, 01 diária com acompanhante em apartamento, gases, honorários médicos, exceto do anestesista.

10.8. PACOTES UROLOGIA

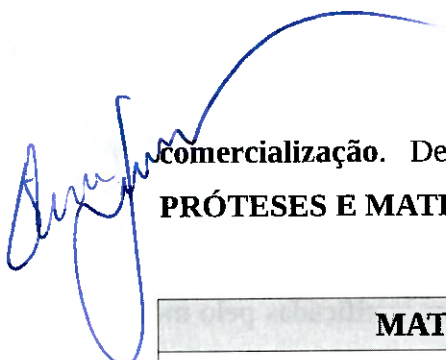
10.8.1. Os procedimentos urológicos abaixo serão remunerados na forma de pacote, os demais procedimentos, serão remunerados conforme a CBHPM 5ª Ed/2008, conforme parâmetros descritos neste Referencial de Custos:

PACOTE	VALOR
1. Ureterorrenolitotripsia Flexível	R\$ 7.200,00
2. Ureterorrenolitotripsia Rígida	R\$ 6.800,00
3. Retirada de Duplo J	R\$ 1.200,00
4. Urofluxometria	R\$ 130,00
5. Estudo urodinâmico	R\$ 610,00

10.8.1.1. Os valores dos pacotes acima referem-se a:

- 1 e 2.** Os pacotes de Ureterorrenolitotripsia incluem os honorários do cirurgião e auxiliares, taxas, materiais, medicamentos e 01 (uma) diária hospitalar. Não inclui os honorários do anestesista. Os procedimentos associados, realizados no mesmo momento, estão inclusos no pacote. Os OPMEs utilizados no procedimento serão remunerados à parte.
- 3.** A retirada de duplo J inclui os honorários do cirurgião e auxiliares, taxas, materiais, medicamentos. Não inclui os honorários do anestesista.
- 4.** A Urofluxometria inclui Material, medicamentos, taxas e honorários.
- 5.** O Estudo Urodinâmico estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos, taxas, diárias, materiais, medicamentos, OPME e demais custos.

10.8.2. Os OPMEs utilizados, serão remuneradas conforme tabela abaixo, **sem taxa de**

 comercialização. Demais OPMEs, a CREDENCIADA obedecer item 6. **ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS – OPMEs.**

MATERIAL	VALOR
Duplo J + fio guia	R\$ 485,00
Sonda extratora p/ técnica rígida	R\$ 880,00
Sonda extratora p/ técnica flexível	R\$ 1.785,00
Fibra laser*	R\$ 1.085,00
Bainha de Acesso Ureteral	R\$ 980,00
Fio guia avulso	R\$ 150,00

***Material reprocessável. Literatura sugere o pagamento de 1/3 a 1/5 do valor.**

10.9. PACOTES OFTALMOLOGIA

10.9.1. Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos, taxas, diárias, materiais, medicamentos e demais custos. Os exames monoculares serão remunerados em 50% dos exames binoculares.

DESCRIÇÃO	VALOR
Angiofluresceínografia binocular	R\$ 200,50
Biometria ultrassônica binocular	R\$ 142,50
Campimetria computadorizada binocular	R\$ 148,00
Ceratoscopia computadorizada binocular	R\$ 179,00
Curva Tensional Diária binocular	R\$ 66,50
Gonioscopia binocular	R\$ 50,00
Mapeamento de retina binocular	R\$ 91,00
Microscopia especular da córnea binocular	R\$ 213,50
Paquimetria ultrassônica binocular	R\$ 95,50
Pentacam binocular	R\$ 399,00
Potencial de acuidade visual binocular	R\$ 50,50
Retinografia binocular	R\$ 93,50
Tomografia de coerência óptica binocular	R\$ 404,00
Tonometria binocular	R\$ 27,50
Ultrassonografia biomicroscópica binocular	R\$ 345,00
Ultrassonografia diagnostica binocular	R\$ 256,50

10.9.2. Os procedimentos abaixo quando realizados em OCS, serão remunerados na forma de pacote, que incluem materiais, LIO (lente intra-ocular), medicação, taxas, gases, custo operacional e honorários, excluindo o honorário e os insumos do anestesista.

PROCEDIMENTOS	VALOR
Facectomia com implante de lente intra-ocular (Lente Nacional e Importada valor referencial R\$ 400,00), com ou sem facoemulsificação.	R\$ 3.360,00
Facectomia com implante de lente intra-ocular (exclusa a lente intra-ocular, caso o paciente opte por uma lente diferente da lente coberta pelo Fusex, cujo valor referencial é de R\$ 400,00), com ou sem facoemulsificação.	R\$ 2.960,00
Injeção intravítreo de Avastin	R\$ 1.858,50
Aplicação de Kenalog	R\$ 1.858,50
Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK (Cirurgia corretiva dos olhos)-(cada olho) Cod.: 30304105	R\$ 3.169,50
Implante de anel intra-estromal – ANEL DE FERRARA (cada olho) – Cod.: 30304083	R\$ 4.610,50
Implante de anel intra-estromal – ANEL DE FERRARA (+) tuneilização a LASER de fentosegundo. (cada olho) – Cod.: 30304083	R\$ 5.885,00
Cirurgia de Cross-link (cada olho)	R\$ 4.034,00
Injeção Intravítreo de Lucentis (ranizumabe) (cada olho)	R\$ 2.877,00
Injeção Intravítreo de Eylia (aflibercepte) (cada olho)	R\$ 2.877,00
Capsulotomia Yag ou cirúrgica (cada olho)	R\$ 315,00
Implante Intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada (Ozurdex)	R\$ 3.675,00
Procedimento oftalmológico, incluindo todos os códigos abaixo: - 30307031 – Endolaser/endodiatermia - 30307040 – Implante de silicone intravítreo - 30307090 – Troca de fluido gasosa - 30307120 – Vitrectomia via pars plana Obs: Este pacote inclui materiais descartáveis, medicamentos, taxas, OPMs, ases e honorários médicos.	R\$ 8.000,00

10.9.3. Nos casos em que o procedimento for bilateral, o segundo procedimento será pago 70% do pacote.

10.9.4. Em consulta oftalmológica, quando for detectada a necessidade de realização de

exames oftalmológicos complementares, o pedido médico deverá vir com o relatório da indicação que justifique a prescrição deste exame.

10.9.5. A GE para consulta oftalmológica inclui os exames de tonometria e mapeamento de retina. No entanto, o mapeamento de retina somente será pago se o paciente se enquadrar nos seguintes casos: descolamento de retina, antecedentes pessoais ou familiares de descolamento de retina, doenças da retina, altas miopias (>6,0 dioptrias); entopsias, traumas, neuropatias ópticas, doenças da úvea, coróide e vítreo, crianças menores de 5 anos, estudo do nervo óptico e fibras nervosas peripapilares em pacientes com glaucoma e suspeitos (por similaridade, para realização de biomicroscopia de fundo), avaliação de descolamento de vítro posterior, pós-operatório de pacientes portadores de retinopatia diabética, BAV com melhor correção, exlusas outras causas que não sejam expressas por acometimento retiniano e pós-procedimento de capsulotomia por yag laser, caso haja sintomas relacionados (flashes, fotopsias, entopsias). Nesses casos, **é necessário o envio do relatório que comprove uma dessas indicações.**

10.10. PACOTES DERMATOLOGIA

10.10.1. Honorário médico dos procedimentos de dermatologia - quando forem realizados 2 ou mais códigos na mesma consulta, será pago 100% do procedimento de maior valor e 70% dos demais.

10.10.2. Os pacotes descritos abaixo compreendem o custo com materiais, medicamentos, taxas, custo operacional. Procedimentos que englobam 02 ou mais pacotes, a remuneração será apenas do pacote de maior valor.

PACOTE	VALOR	PROCEDIMENTOS	HM
Cauterização Química de pequenas lesões (até 5 lesões) e/ou Crioterapia (grupo de até 5 lesões)	R\$ 15,00	20104073- Crioterapia (grupo de até 5 lesões)	R\$ 68,00
		30101107- Cauterização química (por grupo de até 5 lesões)	R\$ 68,00
Biópsia Incisional ou Face-biópsia	R\$ 120,00	30101646- Infiltração intralesional, cicatricial e hemangiomas – por sessão	R\$ 57,50
		30101077- Biópsia (incisional) pele, tumores superficiais, tecido celular subcutâneo, linfonodos	R\$ 99,50
		30101590- Face-biópsia	R\$ 210,00
		30101298- Eletrocoagulação de	R\$ 115,50

		pele e mucosas com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões)	
Exérese de tumor	R\$ 230,00	30101492- Exerese e sutura simples de pequenas lesões (grupo de até 5 lesões)	R\$ 210,00
		30101468- Exerese de tumor de pele e mucosas	R\$ 231,00
		30101506- Exerese tangencial - Shaving (grupo de até 5 lesões)	R\$ 115,50

10.10.3. Para comprovação da quantidade de lesões tratadas, é necessário o envio do descritivo cirúrgico, por ocasião da entrega das faturas ao Setor de Auditoria do HGuFl.

10.11. PACOTES NEUROLOGIA

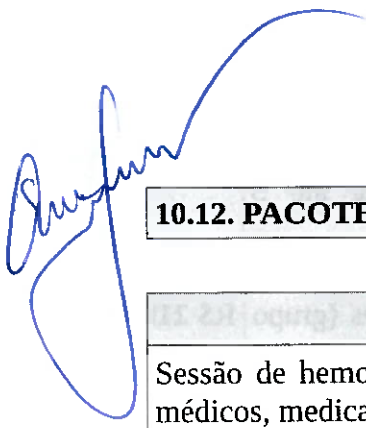
10.11.1. Estão inclusos em todos os pacotes diversos os honorários médicos, materiais, medicamentos, material descartável, taxas e equipamentos.

PROCEDIMENTO	VALOR
Eletroencefalograma hospitalar e portátil (com aparelho portátil)	R\$ 210,00
Eletroneuromiografia 1 (um) membro	R\$ 240,00
Eletroneuromiografia MMSS ou MMII (40103323 e 40103315)	R\$ 410,00
Eletroneuromiografia MMSS + MMII	R\$ 640,00

10.11.2. Sessão de Eletroconvulsoterapia: R\$1.120,00. O valor pago inclui: medicações, taxas, materiais, honorários médico e anestesista pagos da seguinte forma:

- Honorários anestesista: R\$ 160,00.
- Honorários médico: R\$ 630,00.
- Taxas/Materiais/Medicamentos: R\$ 330,00.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
31400019	Microscopia Neurocirúrgica	R\$ 650,00
31400027	Estereotaxia Neurocirúrgica	R\$ 1.500,00
31400035	Neuroestimulação Cirúrgica	R\$ 650,00
31400043	Aspiração Ultrassônica Neurocirúrgica	R\$ 1.800,00
31400051	Trepanação Neurocirúrgica	R\$ 650,00
Referem-se a taxa de utilização de equipamentos.		



10.12. PACOTES – TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

PROCEDIMENTO	VALOR
Sessão de hemodiálise aguda ou crônica - inclusos honorários médicos, medicamentos e taxa de uso das máquinas.	R\$ 600,00
Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (TREINAMENTO): Kit de Treinamento – inclui o material utilizado para o treinamento + honorários profissionais.	R\$ 2.367,00
Acompanhamento mensal do paciente em diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) – inclui material, medicação, honorários médicos e taxa de uso de máquinas.	R\$ 5.850,00
Hemodiálise Convencional Móvel (Insuficiência Renal Crônica). Paciente sem Fístula AV com Cateter Duplo Lumen – até 4 horas – inclui material, medicação, honorários médicos e taxa de uso de máquinas.	R\$ 703,50
Hemodiálise Convencional Móvel (Insuficiência Renal Crônica). Paciente sem Fístula AV com Cateter Duplo Lumen – 4 a 8 horas – inclui material, medicação, honorários médicos e taxa de uso de máquinas. (3090914-7)	R\$ 955,50
Hemodiálise Convencional (Insuficiência Renal Crônica) Paciente com Fístula AV - Casos Especiais/Sorologias - Art. 26, RDC 11 de 13/03/2014. Inclui material, medicação, honorários médicos e taxa de uso de máquinas.	R\$ 690,00

10.13. PACOTE DE EXAMES E PROCEDIMENTOS DE IMAGEM

10.13.1. Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos, taxas, diárias, materiais, medicamentos, gasoterapia, e demais custos.

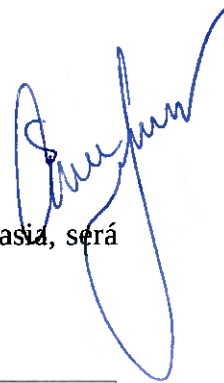
PROCEDIMENTO	VALOR
Video-Endoscopia Nasosinusal Flexível	R\$ 230,00
Video-Endoscopia Nasosinusal Rígida	R\$ 182,00
Video- Faringo -Laringoscopia Flexível	R\$ 280,00
Vídeo- Faringo -Laringoscopia Rígida	R\$ 227,00

10.14. PACOTE DE EXAMES E PROCEDIMENTOS GASTROINTESTINAIS

10.14.1. Estão inclusos todos os gastos necessários para a realização dos procedimentos, honorários médicos (exceto anestesista), taxas, diárias, materiais, medicamentos e demais custos, como materiais especiais (pinça de biópsia, alça de polipectomia, e agulha de

esclerose).

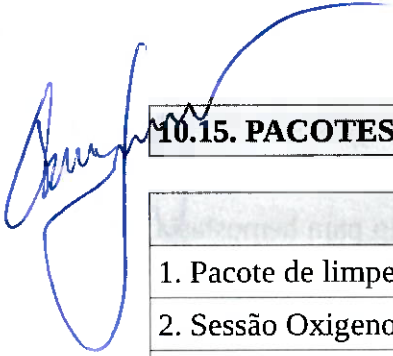
10.14.1.1. Nos procedimentos em que se fizer necessário, o uso do clip para hemostasia, será remunerado no valor máximo de **R\$ 500,00/unidade**.



PROCEDIMENTO	VALOR
Endoscopia digestiva alta	R\$ 414,00
Colonoscopia	R\$ 645,00
Colonoscopia com biópsia	R\$ 861,00
Retossigmoidoscopia flexível	R\$ 228,00
Polipectomia Esôfago, Estômago e Duodeno	R\$ 1.086,50
Polipectomia de Cólon	R\$ 1.086,50
Endoscopia com biópsia e teste de urease	R\$ 651,00
PH-metria esofágica computadorizada com 02 canais	R\$ 455,00
Manometria computadorizada anorretal	R\$ 455,00
Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo	R\$ 455,00
Gastrostomia endoscópica (sem o Kit). Solicitar liberação.	R\$ 290,00
Passagem de sonda por endoscopia com EDA, incluso EDA	R\$ 600,00
Ligadura elástica de varizes esofágicas (sem o Kit). Incluso EDA	R\$ 800,00
Esclerose de varizes esofágicas (sem o Kit). Incluso EDA	R\$ 740,00
Retirada de corpo estranho esôfago, estômago ou duodeno. Incluso EDA	R\$ 765,00
Retirada de corpo estranho do cólon. Incluso colonoscopia	R\$ 750,00
Mucosectomia	R\$ 1.120,00
Ecoendoscopia com punção por agulha. Incluso: honorários médicos, anestesista, taxas, material, medicamento, gases e Agulha Cook (40202240)	R\$ 4.300,00
Ecoendoscopia (alta) diagnóstica. Incluso: honorários médicos, anestesista, taxas, materiais, medicamento e gases (40201104)	R\$ 2.700,00
Hemostasia de TGI (cólon, esôfago, estômago ou duodeno) por qualquer método.	R\$ 475,00

10.14.2. Em caso de realização de Polipectomia e Mucosectomia realizados concomitante, remunera-se 100% do pacote de maior valor e 50% do outro.

10.14.3. Procedimentos realizados concomitantemente serão remunerados em 100% o de maior valor e 70% o de menor valor, se vias de acesso distintas. Mesma via de acesso, serão remunerados em 100% o de maior valor e 50% o de menor valor.



10.15. PACOTES DIVERSOS

PROCEDIMENTO	VALOR
1. Pacote de limpeza de cateter quimioterapia	R\$ 136,00
2. Sessão Oxigenoterapia Hiperbárica (por sessão de 2 horas)	R\$ 375,00
3. Mamotomia por estereotaxia ou US	R\$ 3.250,00
4. Instilação Vesical ou uretral – 2.01.04.15-4	R\$ 65,00
5. Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles – 1ª aplicação – 3.07.30.12-0	R\$ 480,00
6. Terapia por ondas de choque extracorpórea em partes moles – acompanhamento reaplicações – 3.07.30.13-9	R\$ 430,00
7. Ecodopplercardiograma Transesofágico	R\$ 680,00
8. Capilaroscopia periungueal (inclusão)	R\$ 450,00
9. Holter de 24 horas – 3 canais – digital	R\$ 185,00
10. Monitorização ambulatorial da PA – MAPA (24 horas)	R\$ 185,00
11. Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	R\$ 135,00
12. Biópsia de medula óssea	R\$ 2.300,00
13. Cistoscopia	R\$ 2.500,00

1. O pacote de limpeza de cateter quimioterapia inclui materiais, medicamentos e honorários.

3. O pacote de Mamotomia por estereotaxia ou US inclui medicamentos, materiais, inclusive as OPMEs, UCO, taxas e honorários médicos.

4. A instilação vesical será paga na forma de pacote que inclui: HM, materiais, medicamentos, taxas.

7. O pacote de ecodopplercardiograma transesofágico inclui materiais, medicamentos, taxas e honorários, e não inclui o porte anestésico.

8. O exame de Capilaroscopia periungueal são pagos na forma de pacote que incluem todos os custos necessários à realização do exame: HM, materiais, medicamentos, taxas.

9 e 10. HOLTER e MAPA: Em caso de danos causados pelo usuário ao equipamento do exame, o FuSEx não será responsável por custear o reparo ou pela aquisição de novo material.

12. Biópsia de medula óssea: inclui todos os procedimentos relacionados à realização da biópsia, exceto materiais e medicamentos.

13. Cistoscopia com sedação inclui: materiais, medicamentos, honorários médicos, anestesista, taxas, gases, diárias e demais custos. HM R\$ 1.000,00 + Anestesia R\$ 500,00 + Clínica R\$ 1.000,00.

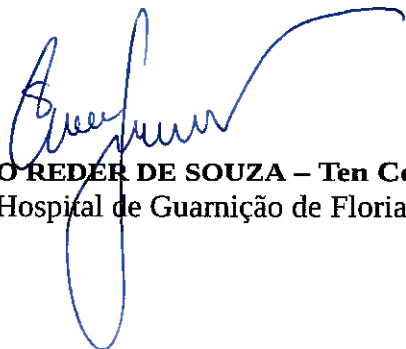
10.15.1. Nenhum exame realizado durante consulta médica ou de caráter eletivo deverá ser realizado sem que haja autorização do mesmo através da guia de encaminhamento emitida pelo FuSEx.

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

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

10.15.4. Os procedimentos cirúrgicos serão remunerados com base nas publicações do Exército Brasileiro, bem como o uso de OPMEs. Códigos e OPMEs distintos aos publicados deverão ser autorizados pela Auditoria do HGuFl.

Referência: Parecer Técnico nº 182 DRAS/D Sau, de 28 de julho de 2023 e Parecer Técnico nº 190 DRAS/D Sau, de 4 de agosto de 2023.



SÁVIO REDER DE SOUZA – Ten Cel
Diretor do Hospital de Guarnição de Florianópolis

