



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL GERAL DE SANTA MARIA  
(H Mil 3ª CI/1919)

## ANEXO “J”

### REFERENCIAL DE PREÇOS DO HOSPITAL GERAL DE SANTA MARIA

### PARA ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE e PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMO – OCS e PSA

### EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2020

#### 1. APRESENTAÇÃO

**1.1.** Este documento discrimina as definições, conceituações, tabelas, índices, valores e outros serviços de saúde objetos do credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), do Hospital Geral de Santa Maria (HGeSM) para a **prestação de serviço de saúde de natureza contínua médico-hospitalar, ambulatorial, laboratorial, atendimento de emergência/urgência em regime de 24 horas diárias, atenção domiciliar, atendimento pré-hospitalar, odontológico e de reabilitação**, em caráter complementar, aos beneficiários do Sistema de Atendimento Médico aos Militares do Exército e seus Dependentes – SAMMED, do Fundo de Saúde do Exército – (FUSEx), do Fundo de Saúde da Marinha - (FUSMA), do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSAer), da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Serviços Civas do Exército – (PASS), e de EX-COMBATENTES (SAM Ex-Cmb), nas condições especificadas no Edital e seus anexos.

**1.2.** Os procedimentos médicos de igual forma, os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivos conselhos de medicina, odontologia, farmacologia, entre outros, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não tem cobertura pelos sistemas FUSEx (SAMMED / PASS e EX-COMBATENTE) / FUSMA / FUNSA.

## 2. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO, TABELAS, ÍNDICES E VALORES

### 2.1. PROCEDIMENTOS MÉDICOS REALIZADOS EM ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE QUE NÃO DISPONHAM DE LEITOS HOSPITALARES (ATENDIMENTO AMBULATORIAL).

2.1.1. Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2014 UCO (Unidade de Custo Operacional) de R\$ 16,15 e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizados códigos da Tabela CBHPM subsequente com o valor dos portes da tabela CBHPM 2014 com utilização do UCO conforme o quadro abaixo:

<b>Tabela de Honorários Médicos</b>	<b>Valor</b>
Procedimentos realizados nas OCS	com UCO
Procedimentos realizados na OMS (HGeSM)	<b>Sem UCO</b>
Procedimentos realizados em <u>Clínicas em Geral</u> sem pacotes autorizados	<b>com UCO</b> <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Não terá cobrança de taxas de uso do equipamento, caso seja cobrado a UCO.

2.1.2. A consulta médica ambulatorial (Procedimento cód. 1.01.01.01-2 consulta em consultório no horário normal ou preestabelecido).

<b>Procedimento</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Consulta médica eletiva (com horário marcado)	R\$ 100,00
Consulta médica de urgência e emergência com médico especialista paciente internado ou em pronto socorro	R\$ 110,00
Visita Hospitalar	R\$ 45,00
Visita Hospitalar para especialidade de Neurologia <sup>9</sup>	R\$ 63,00
Consulta ambulatorial Pediatria e suas especialidades	R\$ 110,00
Consulta ambulatorial especialidades: <b>Ginecologia e obstetrícia, endocrinologia, reumatologia, psiquiatria, neurologia, neurocirurgia, pneumologia, geriatria.</b>	R\$ 100,00
1ª Avaliação com médico especialista - consultoria de paciente internado ou em pronto socorro nas unidades da CREDENCIANTE	R\$ 250,00
Punção lombar paciente internado	R\$ 150,00

(9) Autorização Parecer Técnico nº 381-DSau/SRAM, de 04SET17

2.1.3. Para os honorários médicos os portes serão remunerados conforme tabela CBHPM 2014.

2.1.3.1. Para os honorários médicos de procedimentos realizados nas unidades da CREDENCIANTE, os portes serão remunerados conforme tabela CBHPM 2014 com acréscimo de 35%.

**2.1.3.2.** Os honorários médicos serão remunerados conforme item anterior, independentemente do tipo de acomodação do paciente (Não haverá cobrança dupla de honorário).

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

\*Tabela CBHPM 2014

<b>1A</b>	R\$ 19,56	<b>5C</b>	R\$ 443,53	<b>10B</b>	R\$ 1.469,89
<b>1B</b>	R\$ 39,11	<b>6A</b>	R\$ 483,09	<b>10C</b>	R\$ 1.631,49
<b>1C</b>	R\$ 58,68	<b>6B</b>	R\$ 531,24	<b>11A</b>	R\$ 1.726,06
<b>2A</b>	R\$ 78,25	<b>6C</b>	R\$ 581,08	<b>11B</b>	R\$ 1.892,81
<b>2B</b>	R\$ 103,14	<b>7A</b>	R\$ 627,51	<b>11C</b>	R\$ 2.076,77
<b>2C</b>	R\$ 122,07	<b>7B</b>	R\$ 694,55	<b>12A</b>	R\$ 2.152,40
<b>3A</b>	R\$ 166,80	<b>7C</b>	R\$ 821,75	<b>12B</b>	R\$ 2.314,01
<b>3B</b>	R\$ 213,12	<b>8A</b>	R\$ 887,10	<b>12C</b>	R\$ 2.834,91
<b>3C</b>	R\$ 244,12	<b>8B</b>	R\$ 930,07	<b>13A</b>	R\$ 3.120,30
<b>4A</b>	R\$ 290,55	<b>8C</b>	R\$ 986,80	<b>13B</b>	R\$ 3.422,87
<b>4B</b>	R\$ 318,06	<b>9A</b>	R\$ 1.048,71	<b>13C</b>	R\$ 3.785,62
<b>4C</b>	R\$ 359,32	<b>9B</b>	R\$ 1.146,70	<b>14A</b>	R\$ 4.218,85
<b>5A</b>	R\$ 386,80	<b>9C</b>	R\$ 1.263,57	<b>14B</b>	R\$ 4.590,20
<b>5B</b>	R\$ 417,76	<b>10A</b>	R\$ 1.356,43	<b>14C</b>	R\$ 5.062,96

\*Tabela CBHPM 2014+35%

**2.1.4. RETORNO:** Nos casos de retorno de consulta ambulatorial e portanto sem emissão de nova guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio profissional, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar consulta de retorno em até 10 (dez) dias após receber o laudo do exame, ou 30 dias da consulta original. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos ou emitir laudo para o exame, será cobrada nova consulta; Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja

distinto do já referenciado será considerada nova consulta e, portanto será necessário a emissão de nova guia de encaminhamento.

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

**2.1.5.1.** Conforme tabela do item 2.1.2 o valor visita hospitalar é de R\$ 45,00 e o parecer médico especialista durante a internação R\$ 110,00.

**2.1.6. 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 e coleta de exame citopatológico quando indicado.

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

**2.1.7.1.** Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento desde que, realizados no Laboratório da CREDENCIANTE. Os exames não realizados no Laboratório da CREDENCIANTE deverão ser solicitados por médico militar ou médico credenciado.

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

**2.1.9. 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. As sessões psicoterápicas com psiquiatra estão limitadas a duas sessões semanais por beneficiário. Quando as sessões forem realizadas em consultório, devem ser comprovadas, mediante assinatura do paciente, na guia de encaminhamento. Em regime hospitalar as sessões deverão constar no prontuário médico a data de atendimento. A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.

**2.1.9.1.** Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação, contendo o diagnóstico, período de internação (limitado a

15 dias, podendo ser prorrogado conforme comprovação) e nome do hospital. Estão previstas até três visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até uma por dia para pacientes graves. As visitas diárias devem ser comprovadas no prontuário do paciente;

**2.1.10.** Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

**2.1.11.** Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

**2.1.12.** Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

**2.1.13.** Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

**2.1.14.** Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

**2.1.15.** Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

## **2.2. SERVIÇOS E EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIA EM GERAL.**

### **2.2.1. SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (RADIODIAGNÓSTICO).**

**2.2.1.1.** Os exames radiológicos tipo raio x simples, ultrassom, tomografia computadorizada e ressonância magnética. São calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informada na fatura apenas a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado, pois o valor do filme já é calculado para o pagamento ao credenciado.

**2.2.1.2.** 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, mediante justificativa.

**2.2.1.3.** Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2008, com a Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 11,80 (onze reais e oitenta centavos). Quando o exame não constar nesta codificação utilizar a

próxima edição da CBHPM, e assim sucessivamente com porte CBHPM 2008, com o UCO de R\$ 11,80 (onze reais e oitenta centavos).

## 2.2.2. PROCEDIMENTOS RELATIVOS A SERVIÇOS AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT).

2.2.2.1. Os procedimentos que não estão previstos em outras tabelas desse anexo (**Anexo “J”**) serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2008), com a Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 11,80 (onze reais e oitenta centavos). Quando o exame não constar nesta codificação utilizar a próxima edição da CBHPM, e assim sucessivamente com porte CBHPM 2008, com o UCO de R\$ 11,80 (onze reais e oitenta centavos).

<b>1A</b>	R\$ 10,00	<b>5C</b>	R\$ 234,00	<b>10B</b>	R\$ 775,00
<b>1B</b>	R\$ 20,00	<b>6A</b>	R\$ 255,00	<b>10C</b>	R\$ 860,00
<b>1C</b>	R\$ 30,00	<b>6B</b>	R\$ 280,00	<b>11A</b>	R\$ 910,00
<b>2A</b>	R\$ 40,00	<b>6C</b>	R\$ 306,00	<b>11B</b>	R\$ 998,00
<b>2B</b>	R\$ 54,00	<b>7A</b>	R\$ 331,00	<b>11C</b>	R\$ 1.095,00
<b>2C</b>	R\$ 64,00	<b>7B</b>	R\$ 366,00	<b>12A</b>	R\$ 1.135,00
<b>3A</b>	R\$ 88,00	<b>7C</b>	R\$ 433,00	<b>12B</b>	R\$ 1.220,00
<b>3B</b>	R\$ 112,00	<b>8A</b>	R\$ 468,00	<b>12C</b>	R\$ 1.495,00
<b>3C</b>	R\$ 128,00	<b>8B</b>	R\$ 490,00	<b>13A</b>	R\$ 1.645,00
<b>4A</b>	R\$ 153,00	<b>8C</b>	R\$ 520,00	<b>13B</b>	R\$ 1.805,00
<b>4B</b>	R\$ 168,00	<b>9A</b>	R\$ 555,00	<b>13C</b>	R\$ 1.996,00
<b>4C</b>	R\$ 189,00	<b>9B</b>	R\$ 605,00	<b>14A</b>	R\$ 2.225,00
<b>5A</b>	R\$ 204,00	<b>9C</b>	R\$ 666,00	<b>14B</b>	R\$ 2.420,00
<b>5B</b>	R\$ 220,00	<b>10A</b>	R\$ 715,00	<b>14C</b>	R\$ 2.670,00

\*Tabela CBHPM 2008

### 2.2.2.2. Exames especializados

EXAME	VALOR (R\$)
Teste Rápido COVID19-IgG/IgM <sup>1</sup>	160,00
Coleta domiciliar (Teste Rápido COVID19-IgG/IgM) <sup>1</sup>	25,00
Ecodoppler Cardiograma Transtorácico à beira do leito- em OMS <sup>2</sup>	600,00
Exame toxicológico (Cabelo/pele/pelo) <sup>3</sup>	130,00
Exame toxicológico (Urina) <sup>3</sup>	80,00
Exame eletroencefalograma digital + mapeamento digital (EEG/MC) CBHPM 4.01.03.16-6 <sup>10</sup>	R\$ 200,00
Doppler Transcraniano CBHPM 4.09.01.60-2 <sup>10</sup>	R\$ 400,00
Exame Monkeypox vírus (qPCR) <sup>11</sup>	R\$ 350,00

(1) Autorização Parecer Técnico nº 324-DSau/SRAM, de 02JUL20, DIEx nº 208-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 11AGO20

(2) Autorização Parecer Técnico nº 315-DSau/SRAM, de 14AGO19, DIEx nº 220-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 27AGO19

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

(10) Autorização Parecer Técnico nº 246-DSau/SRAM, de 05 JUN17, DIEx nº 381—SCG/Sdir\_ApSau/D Sau

### 2.2.3. EMISSÃO DE LAUDOS DE EXAMES

2.2.3.1. A emissão de laudos de radiologia será remunerada por exame, conforme a tabela abaixo:

Item	Rotina	Urgência *	Plantão *
<b>Tomografia Computadorizada</b>	R\$ 59,57	R\$ 73,64	R\$ 86,64
<b>Raios X</b>	R\$ 14,00	R\$ 17,30	R\$ 20,36
<b>Mamografia</b>	R\$ 68,42	R\$ 68,42	R\$ 68,42

**2.3. MEDICAMENTOS, QUIMIOTERÁPICOS, RADIOFÁRMACOS, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, PRODUTOS NUTRICIONAIS E ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS E CIRÚRGICOS (OPMEC) SERÁ REMUNERADO CONFORME TABELA ABAIXO:**

Tipo	Referencial	Regra de cobrança *	
		Medicina nuclear e demais	Serviço de Diagnóstico por imagem (Radiodiagnóstico)
Medicamento uso não restrito hospitalar	Guia Farmacêutico Brasíndice	Preço máximo ao consumidor	Pelo preço de fábrica (PF)
Medicamento uso restrito hospitalar	Guia Farmacêutico Brasíndice	Pelo preço de fábrica (PF) +25%	Pelo preço de fábrica (PF)
Medicamentos quimioterápicos e radiofármacos	Guia Farmacêutico Brasíndice	Pelo preço de fábrica (PF) +17%	Pelo preço de fábrica (PF)
Materiais descartáveis	Guia Farmacêutico Brasíndice	Pelo preço de fábrica (PF)	Pelo preço de fábrica (PF) com deflator de 30%
Produtos Nutricionais	Guia Farmacêutico Brasíndice <sup>(1)</sup>	Pelo preço de fábrica (PF) com deflator de 20 %	-----
OPME	Nota fiscal	3 orçamentos NF + taxa de comercialização de 10% (dez por cento).	-----

\* A alíquota do ICMS será a vigente no Estado do Rio Grande do Sul

<sup>(1)</sup> Para os produtos nutricionais que não estão no Brasíndice será utilizada a SIMPRO

**2.3.1. Medicamentos:** de valor monetário superior a R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE, para liberação da primeira dose.

**2.3.2. Materiais descartáveis:** de valor monetário superior a R\$ 1.000,00 (mil reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

**2.3.3.** Os procedimentos cirúrgicos eletivos só poderão ser agendados pela CREDENCIADA após a liberação da CREDENCIANTE. A liberação ocorrerá em até 7 (sete) dias úteis, após a entrega dos orçamentos pela CREDENCIADA ou fornecedor.

**2.3.4.** É proibida a substituição ou troca de OPME já autorizada, salvo quando ocorrer intercorrências médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no registro cirúrgico. Nestes casos, a CREDENCIADA deverá comunicar a CREDENCIANTE em até 72 horas após o uso. Será considerado glosa administrativa a justificativa fora do prazo estipulado (72h), não admitido recurso.

**2.3.5.** A CREDENCIADA deverá fazer constar na conta hospitalar do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização da OPME liberada, juntamente com a descrição do uso no relatório cirúrgico conforme legislação vigente e futuras atualizações e substituições:

RDC Nº185, DE 22 DE OUTUBRO DE 2001- ANVISA, RESOLUÇÃO- RE Nº20606, DE 11 DE AGOSTO DE 2006- ANVISA, RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012- ANVISA, PORTARIA Nº403, DE 07 DE MAIO 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE), MANUAL DE BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO DAS ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS(OPME)- MINISTÉRIO DA SAÚDE.

**2.3.6.** Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado, o valor obtido na Nota fiscal acrescida de 10%.

**2.3.7. OS QUIMIOTERÁPICOS SERÃO REMUNERADOS CONFORME DOSE FRACIONADA CONSUMIDA, INDEPENDENTEMENTE DA TABELA EM QUE ESTIVER, quando os mesmos possuem estabilidade após reconstituição.**

**2.3.8.** Para as OPMEC (órteses, próteses, materiais especiais e cirúrgicos) nos casos de urgências e emergências devidamente comprovadas, não há necessidade de autorização prévia, porém o uso do material deve ser informado nas primeiras 24 horas do primeiro dia útil subsequente ao evento e a caracterização do quadro de urgência poderá ser alvo de confirmação de auditoria *in loco*;

**2.3.8.1.** É vedado o desvio de preço de OPME, nesta situação sob pena de glosa.



## 2.4. FILME RADIOLÓGICO

2.4.1. O valor a ser pago será por metro quadrado é de R\$ 28,87 (Vinte e oito reais e oitenta e sete centavos).

## 2.5. FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

2.5.1. As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos fornecido pelo COFFITO ano de 2013 com redução de 25% no valor do CHF. O valor referencial do CHF será de R\$ 0,29 (vinte e nove centavos).

2.5.2. Para procedimentos não constantes nos referenciais citados serão utilizados códigos das Tabelas subsequentes com o valor referencial de R\$ 0,29 (vinte e nove centavos).

### 2.5.3. FISIOTERAPIA:

CONSULTAS FISIOTERAPÊUTICAS			
CÓDIGO RNP/ TUSS	DESCRIÇÃO	CHF	R\$
13106901/50000349	Consulta Hospitalar	150	43,50
13106902/50000144	Consulta Ambulatorial	150	43,50
13106903/50000241	Consulta Domiciliar	150	43,50
EXAMES E TESTES FUNCIONAIS			
CÓDIGO RNP	DESCRIÇÃO	CHF	R\$
13106904	Análise eletroterapêutica (cronaximetria, reobase, acomodação e curva I/T - por segmento ou membro)	200	58,00
13106905	Dinamometria (analgica ou computadorizada)	300	87,00
13106906	Eletromiografia de superfície – EMG	300	87,00
13106907	Teste de esforço cardiopulmonar com determinação do limiar anaeróbico	350	101,50
13106908	Ventilometria (Capacidade Vital, Capacidade Inspiratória e demais índices ventilométricos)	120	34,80
13106909	Manovacuometria (Medidas de Pressões Inspiratórias e/ou Expiratórias)	120	34,80
13106910	Pico de Fluxo de Tosse	50	14,50
13106911	Exame funcional isoinercial do movimento	300	87,00
13106912	Análise cinemática do movimento	350	101,50
13106913	Baropodometria	300	87,00
13106914	Estabilometria	200	58,00
13106915	Biofotogrametria	250	72,50
13106916	Inclinometria vertebral	120	34,80
13106917	Ultrassonografia cinesiológica – por seguimento	300	87,00
13106918	Termometria cutânea	200	58,00
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA NERVOUSO CENTRAL E/OU PERIFÉRICO			
CÓDIGO RNP/ TUSS	DESCRIÇÃO	CHF	R\$
13106919/ 50000152	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção neurofuncional, paciente independente ou com dependência parcial.	100	29,00
13106920/ 50000152	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - Disfunção neurofuncional,	180	52,20

	paciente com dependência total.		
13106921/ 50000357	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção neurofuncional, paciente independente ou com dependência parcial.	100	29,00
13106922/ 50000357	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - Disfunção neurofuncional, paciente com dependência total.	180	52,20
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LOCOMOTOR (MÚSCULO- ESQUELÉTICO)</b>			
<b>CÓDIGO RNPF/TUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106923/ 50000160	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I – Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial.	100	29,00
13106924/ 50000160	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - Disfunção locomotora, paciente com dependência total.	150	43,50
13106925/ 50000365	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I – Disfunção locomotora, paciente independente ou com dependência parcial.	100	29,00
13106926/ 50000365	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II – Disfunção locomotora, paciente com dependência total.	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>			
<b>CÓDIGO RNPF/TUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106927/ 50000179	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I – Disfunção do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, em grupo.	80	23,20
13106928/ 50000179	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II – Disfunção do Sistema Respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em Programas de Recuperação Funcional Cardiopulmonar, de forma individualizada.	150	43,50
13106929/ 50000373	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I – Disfunção do Sistema Respiratório, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos)	120	34,80
13106930/ 50000373	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II – Disfunção do Sistema Respiratório, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos) necessitando de assistência ventilatória.	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
<b>CÓDIGO RNPF/TUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106931/ 50000187	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I - Disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, em grupo.	80	23,20
13106932/ 50000187	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II - disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendido em programas de recuperação funcional cardiovascular, de forma individualizada.	150	43,50
13106933/ 50000381	Disfunção do sistema cardiovascular, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos)	120	34,80
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA TEGUMENTAR (QUEIMADURAS)</b>			
<b>CÓDIGO RNPF/TUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106934/ 50000195	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I: Disfunção do sistema tegumentar, atingindo até um terço de área corporal	100	29,00
13106935/ 50000195	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II: Disfunção do sistema tegumentar, atingindo mais de um terço da área corporal	150	43,50
13106936/ 50000390	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I: Disfunção do sistema tegumentar atingindo até um terço de área corporal, em unidades de internamento (enfermaria e apartamentos)	100	29,00
13106937/ 50000390	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II: Disfunção do sistema tegumentar atingindo mais de um terço da área corporal, em unida-	120	34,80

	des de internamento (enfermaria e apartamentos).		
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA LINFÁTICO E/OU VASCULAR</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106938/ 50000209	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I: Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em um segmento, associada ou não a ulcerações.	120	34,80
13106939/ 50000209	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II: Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações.	150	43,50
13106940/ 50000403	NÍVEL DE COMPLEXIDADE I: Disfunção do Sistema Linfático e/ou Vascular em um segmento, associada ou não a ulcerações, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos).	120	34,80
13106941/ 50000403	NÍVEL DE COMPLEXIDADE II: Disfunção do Sistema Linfático e/ou Vascular em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações, em atendimento hospitalar nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos).	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL, PREVENTIVO E/OU TERAPÊUTICO, NAS DISFUNÇÕES DO SISTEMA ENDÓCRINO-METABÓLICO</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106942/ 50000225	Disfunção endócrino-metabólica, atendimento fisioterapêutico em grupo.	80	23,20
13106943/ 50000225	Disfunção endócrino-metabólica, atendimento fisioterapêutico de forma individualizada.	150	43,50
13106947/50000217	Paciente em pré/pós-operatório, requerendo assistência fisioterapêutica preventiva e/ou terapêutica.	150	43,50
13106944/ 50000420	Disfunção endócrino-metabólica, em atendimento nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos).	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL DO SISTEMA GENITAL, REPRODUTOR E EXCRETOR (URINÁRIO E PROCTOLÓGICO)</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106945/50000233	Disfunção do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/proctológico)	400	116,00
13106946/50000454	Disfunção do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/proctológico), em atendimento nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos).	400	116,00
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO AMBULATORIAL NO PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO E EM RECUPERAÇÃO DE TECIDOS ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO HOSPITALAR NO PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO E EM RECUPERAÇÃO DE TECIDOS</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106948/50000411	Paciente em pré/pós-operatório, requerendo assistência fisioterapêutica preventiva e/ou terapêutica, em atendimento nas unidades de internamento (enfermaria e apartamentos).	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO PACIENTE EM HEMODIÁLISE</b>			
<b>CÓDIGO RNP</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106949	Atendimento fisioterapêutico em programas de recuperação funcional em pacientes durante hemodiálise, atendimento em grupo.	80	23,20
13106950	Atendimento fisioterapêutico em programas de recuperação funcional em pacientes durante hemodiálise, atendimento individualizado.	150	43,50
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM UNIDADES CRÍTICAS</b>			
<b>CÓDIGO RNP</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106951	Plantão do fisioterapeuta em Unidades de Terapia Intensiva, Semi-intensiva ou de Pronto-atendimento de Urgências e	350	50,75

	Emergências, por paciente a cada 6h		
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DOMICILIAR</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106952/50000250	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema nervoso central e/ou periférico	252	73,08
13106953/50000268	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema locomotor (músculo- esquelético)	210	60,90
13106954/50000276	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema respiratório	210	60,90
13106955/50000284	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema cardiovascular	210	60,90
13106956/50000292	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções decorrentes de queimaduras	210	60,90
13106957/50000306	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema linfático e/ou vascular	210	60,90
13106958/50000314	Atendimento fisioterapêutico domiciliar no pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos	210	60,90
13106959/50000322	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema endócrino-metabólico	210	60,90
13106960/50000330	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário e proctológico)	480	139,20
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO POR MEIO DE PROCEDIMENTOS, MÉTODOS OU TÉCNICAS MANUAIS E/OU ESPECÍFICOS</b>			
<b>CÓDIGO RNP/TFUSS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>CHF</b>	<b>R\$</b>
13106964/50000446	Reeducação Postural Global (RPG)	180	52,20
13106967	Osteopatia	180	52,20
13106968	Quiropraxia	180	52,20
13106969	Reabilitação Vestibular (disfunções labirínticas)	120	34,80
13106970/31602185	Estimulação Elétrica Transcutânea	100	29,00

### 2.5.3.1 Demais procedimentos de Fisioterapia

<b>Procedimentos</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Deficiência física -Membros com deformidades congênita ou adquirida (exceto deformidades estéticas e as que produzem dificuldade para o desempenho das funções. <sup>3</sup>	60,00
Deficiência física – Paralisia cerebral (fisioterapia pelo método Bobath) <sup>3</sup>	75,00
Deficiência mental – Cuidados pessoais (psicomotricidade) <sup>3</sup>	50,00
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) - Grupo <sup>4</sup>	36,00
Fisioterapia Aquática (Hidroterapia) - Individual <sup>4</sup>	52,20

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

(4) Autorização Parecer Técnico nº 404-DSau/SRAM, de 08DEZ21, DIEx nº 3476-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 08DEZ21

### 2.5.4. TERAPIA OCUPACIONAL

(Anexo “J” – Referencial de preços OCS – OCS e PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2020)

1ª Consulta (avaliação)	R\$ 54,00
Demais Consultas de acompanhamento	R\$ 40,50
Deficiência mental – independência na locomoção <sup>3</sup>	R\$ 60,00

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

**2.5.5.** As seções somente serão autorizadas após análise e autorização de médico militar; cada seção deverá ter no mínimo cinquenta minutos, não poderão ser ato contínuo (ser juntas) exceto se autorizadas pelo médico militar.

**2.5.6.** As seções de fisioterapia domiciliar, somente serão autorizadas quando for orientação da JISG e não será remunerado taxa de deslocamento do credenciado para atendimento do beneficiário.

**2.5.7.** Cada seção deverá ter no mínimo cinquenta minutos, não poderão ser ato contínuo (ser juntas) exceto se autorizadas pelo médico militar.

**2.5.8.** O atendimento domiciliar será limitado à cidade de Santa Maria, após liberação expressa do CREDENCIADOR que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

## 2.6. NUTRIÇÃO

**2.6.1.** Os profissionais de nutrição serão remunerados conforme a tabela abaixo, sendo autorizada uma consulta de avaliação com retorno em até 15 dias.

1ª Consulta (avaliação)	R\$ 54,00
Demais Consultas de acompanhamento	R\$ 40,50

## 2.7. FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, EDUCAÇÃO ESPECIAL

**2.7.1.** As seções somente serão autorizadas após análise e autorização de médico militar; cada seção deverá ter no mínimo cinquenta minutos, não poderão ser ato contínuo (ser juntas) exceto se autorizadas pelo médico militar.

**2.7.2.** O atendimento domiciliar será limitado ao perímetro urbano da cidade de Santa Maria, após autorização e solicitação de médico ou profissional especialista militar, não sendo remuneradas quaisquer taxas adicionais de deslocamento.

### 2.7.3. FONOAUDIOLOGIA

1ª Sessão (avaliação) <sup>4</sup>	R\$ 65,00
Demais sessões <sup>4</sup>	R\$ 54,00

Atendimento domiciliar 1ª Sessão (avaliação) <sup>4</sup>	R\$ 75,50
Atendimento domiciliar (Demais sessões) <sup>4</sup>	R\$ 75,50
Fonoterapia hospitalar (por sessão)	R\$ 45,00
Deficiência mental – Comunicação (fonoaudiologia) por sessão <sup>3</sup>	R\$ 60,00

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

(4) Autorização Parecer Técnico nº 144-DSau/SRAM, de 26ABR22, DIEx nº 1299—DRAS/1ª Sdir\_Sau/Direção - CIRCULAR

#### 2.7.4. PSICOLOGIA

Consulta psicologia 1ª Sessão (avaliação) <sup>4</sup>	R\$ 70,00
Consulta psicologia Demais sessões <sup>4</sup>	R\$ 60,00
Consulta psicologia (Sessão Hospitalar com autorização) <sup>4</sup>	R\$ 50,00
Consulta psicologia domiciliar 1ª Sessão (avaliação) <sup>4</sup>	R\$ 80,00
Consulta psicologia domiciliar (Demais sessões) <sup>4</sup>	R\$ 70,00
Avaliação de desempenho escolar devido a transtornos de aprendizagem através de testagem psicológica. (menores 16 anos) <sup>4</sup> (4 sessões)	R\$ 211,20
Avaliação neuropsicológica 6 sessões <sup>4</sup>	R\$ 600,00
Avaliação psicológica para porte de arma de fogo (5 sessões) <sup>4</sup>	R\$ 220,00
Psicodiagnóstico (5 sessões) <sup>4</sup>	R\$ 220,00
Sessão de psicoterapia de família, com toda família por sessão. <sup>4</sup>	R\$ 93,75
Sessão de psicoterapia de casal <sup>4</sup>	R\$ 91,77
Deficiência mental – Habilidades sociais (Psicologia) <sup>3-4</sup>	R\$ 62,50
Atendimento online Psicologia (Avaliação) <sup>8</sup>	R\$ 55,00
Atendimento online Psicologia (Sessão) <sup>8</sup>	R\$ 45,00

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

(4) Autorização Parecer Técnico nº 144-DSau/SRAM, de 26ABR22, DIEx nº 1299—DRAS/1ª Sdir\_Sau/Direção – CIRCULAR

### 2.7.5. PSICOPEDAGOGIA

1ª Sessão (avaliação)	R\$ 54,00
Demais sessões	R\$ 40,50
Atendimento domiciliar 1ª Sessão (avaliação)	R\$ 75,00
Atendimento domiciliar (Demais sessões)	R\$ 60,00
Desempenho escolar <sup>3</sup>	R\$ 50,00

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

### 2.7.6. EDUCAÇÃO ESPECIAL

1ª Sessão (avaliação)	R\$ 54,00
Demais sessões	R\$ 40,50
Atendimento domiciliar 1ª Sessão (avaliação)	R\$ 75,00
Atendimento domiciliar (Demais sessões)	R\$ 60,00

2.7.7. Todos os pacientes em atendimento com profissionais das especialidades do item 2.7 conveniadas, deverão passar pela triagem com profissionais do HGeSM.

2.7.8. Após as avaliações iniciais, na clínica, hospital ou domicílio, com os profissionais conveniados, deverá ser emitido um laudo em que constem os principais resultados das avaliações, o diagnóstico e os principais objetivos das sessões para um período de até seis meses.

2.7.8.1. A cada seis meses o profissional conveniado responsável pelo atendimento deverá renovar o laudo com informações atualizadas em relação ao resultado das reavaliações, diagnóstico e a perspectiva do que será trabalhado nos próximos meses.

2.7.9. Para autorização das guias dos atendimentos com os profissionais conveniados, as guias deverão ser carimbadas e assinadas pelos profissionais que estão realizando os atendimentos.

2.7.9.1. Além das assinaturas previstas acima o beneficiário deverá assinar por cada sessão realizada, a ausência da assinatura do usuário ou o seu responsável, implicará em glosa.

## 2.8. SERVIÇOS NA ÁREA DE ODONTOLOGIA

2.8.1. A especialidade da área de odontologia será remunerada conforme a tabela abaixo e serão contratados os seguintes procedimentos:

Serviços na área de Odontologia	Valor (R\$)
Fotografia (unidade)	8,50
CD com documentação	8,50
Análise de modelo	8,50
Interproximal (Bite-Wing)	14,75
Modelo de estudo com análise	41,86
Modelo de trabalho superior ou inferior	51,00
Oclusal	36,30
Panorâmica	51,00
Periapical	14,75
Rx da ATM Série Completa (três incidências)	56,95
Rx da Mão (Carpal)	50,05
RX periapical (14 um)	130,00
Rx panorâmico com traçado para implante	59,50
Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	59,50
Telerradiografia sem traçado computadorizado	48,93
Tomografia 1 quadrante ou 1 região	127,50
Tomografia 2 quadrantes	212,50
Tomografia 3 quadrantes	255,00
Tomografia 4 quadrantes	331,50
Tomografia ATM	331,50
Tomografia seios da face	331,50
Pacote de documentação ortodôntica básica(panorâmica, telerradiografia lateral, radiografias periapicais anteriores, análise cefalométrica (marcar), modelo de estud, fotos entra e extra bucais (8 um), índice carpal.	136,00
Pacote de documentação ortodôntica completa (panorâmica, telerradiografia lateral, radiografias periapicais anteriores, radiografias interproximais, análise do espaço nasofaríngeo, previsão de erupção dos terceiros molares, modelo de estudo, fotos intra e extrabuciais (8 un), radiografia de mão e punho até 16 anos. Análise cefalométrica.	170,00

## 2.9. TAXAS DE SALA AMBULATORIAIS

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

Taxa de Sala	Referência de cobrança	Valor (R\$)
Exames endoscópicos do aparelho digestivo e anexos, incluso a recuperação anestésica	Uso	71,78
Procedimentos dermatológicos e correlatos	Uso	30,76
Infusão medicamentosa (quimioterapia)	Uso	51,27
Procedimentos ortopédicos inclui o gesso, atadura e a retirada do aparelho gessado	Uso	69,73
Recuperação anestésica	Uso	30,76
Pequenos procedimentos cirúrgicos incluso o EPI	Uso	51,27



## 2.10. GASOTERAPIA

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

Aspiração/ar comprimido/gases	Referência de medida	Valor (R\$)
Aspiração por vácuo Central	Uso	7,01
Aspiração por Bomba	Uso	7,01
Ar comprimido – por hora	Hora	7,01
Ar comprimido – por minuto subsequente	Minuto subsequente	0,11
Gás carbônico –	Hora	17,54
Gás carbônico – por minuto	minuto	0,15
Nebulização – com mat/med/Enfermagem	Uso	10,49
<b>Oxigênio</b>		
Na sala – 1ª hora indivisível	Hora	17,39
Na sala – por minuto subsequente	Minuto/l	0,29
Protóxido de Azoto – Its minuto	Minuto	0,72
Protóxido de Azoto	Hora	42,50
Termonebulização	Uso	11,65

2.10.1.1. Consumo médio por paciente em uma hora, em todas as unidades. A vazão será remunerada conforme quadro abaixo:

2.10.1.1.1. Inalação: Utilização do oxigênio ou ar comprimido e máscara, mensurado por hora. Os serviços de enfermagem de inalação estão inclusos os materiais, medicamentos e soluções, inclusos na taxa de inalação.

### 2.10.2. Locação de equipamentos de oxigênio

Equipamento	Referência de Cobrança	Valor (R\$)
Locação de Kit concentrador de oxigênio medicinal paciente domiciliar. Acessórios: umidificador, cateter nasal tipo óculos, filtro bacteriológico, cilindro.	Mês	512,78
Locação e abastecimento de cilindros de oxigênio	Consumo m <sup>3</sup>	28,00

## 2.11. CURATIVOS

2.11.1. Os curativos serão classificados e remunerados conforme descrição abaixo, incluído material e medicação:

Tipo de curativo	Valor (R\$)
Especial	89,79
Grande	72,21
Médio	41,39
Pequeno	20,23

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

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

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

**2.11.1.4.** Serão considerados **curativos especiais** os seguintes: Aquelas lesões que ultrapassem em dimensões as descritas em curativos grandes, acrescidas pelo uso de grande quantidade de material.

## 2.12. PACOTES

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

**2.12.2.** Quando forem utilizados simultaneamente 2 (dois pacotes), remunerar-se-á plenamente o de maior valor e 50% (cinquenta por cento) o de menor valor.

### 2.12.3. PACOTES DE RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL

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

PACOTE 01						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
SISTEMA NERVOSO CENTRAL	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.312,17
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	

PACOTE 02						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
CABEÇA E PESCOÇO	194	Megavoltagem	165	63,88	10.540,60	14.909,23
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2540,92	
PACOTE 03						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
CABEÇA E PESCOÇO (pós-operatório)	194	Megavoltagem	165	63,88	10.540,60	14.909,23
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2540,92	
PACOTE 04						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
PULMÃO	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.312,17
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 05						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
ESÔFAGO	120	Megavoltagem	120	63,88	7.665,89	12.149,27
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 06						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
ESTÔMAGO	120	Megavoltagem	120	63,88	7.665,89	10.009,40
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	4	114,74	458,97	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	
PACOTE 07						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
PÂNCREAS / VIAS BILIARES	170	Megavoltagem	150	63,88	9.582,36	14.065,74
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 08						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
RETO	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.426,92

		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
<b>PACOTE 09</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
CANAL ANAL	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.426,92
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
<b>PACOTE 10</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
PRÓSTATA	240	Megavoltagem	240	63,88	15.331,78	21.831,67
		Cheque filme	20	21,22	424,52	
		Máscara/Bloco	12	114,74	1.376,90	
		Simulação	3	295,69	887,08	
		Planejamento	3	1270,46	3.811,38	
<b>PACOTE 11</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
BEXIGA	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.533,05
		Cheque filme	20	21,22	424,52	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
<b>PACOTE 12</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
TESTÍCULOS	100	Megavoltagem	80	63,88	5.110,59	7.568,85
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	5	114,74	573,71	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	
<b>PACOTE 13</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
COLO E CORPO DO ÚTERO	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	14.115,37
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	15	114,74	1.721,13	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
<b>PACOTE 14</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
VULVA	80	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.426,92
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	

PACOTE 15						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
MAMA	120	Megavoltagem	120	63,88	7.665,89	11.805,04
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	6	114,74	688,45	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 16						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
MAMA + CADEIAS	176	Megavoltagem	145	63,88	9.262,95	13.402,10
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	6	114,74	688,45	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 17						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
SARCOMAS	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.533,05
		Cheque filme	20	21,22	424,52	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 18						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
LINFOMAS	80	Megavoltagem	80	63,88	5.110,59	9.479,23
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,93	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 19						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
PELE	30	Megavoltagem	32	63,88	2044,24	4.387,75
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	4	114,74	458,96	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	
PACOTE 20						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
PELVE	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	13.426,92
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	9	114,74	1.032,68	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
PACOTE 21						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM		VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	
TÓRAX	140	Megavoltagem	140	63,88	8.943,54	

		Cheque filme	15	21,22	318,39	13.312,17
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	2	295,69	591,39	
		Planejamento	2	1270,46	2.540,92	
<b>PACOTE 22</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
HIPÓFISE	90	Megavoltagem	120	63,88	7665,89	10.468,37
		Cheque filme	15	21,22	318,39	
		Máscara/Bloco	8	114,74	917,94	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	
<b>PACOTE 23</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
MTS ÓSSEA (POR VOLUME ALVO)	60	Megavoltagem	40	63,88	2.555,29	4.792,67
		Cheque filme	10	21,22	212,25	
		Máscara/Bloco	4	114,74	458,96	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	
<b>PACOTE 24</b>						
ÁREA ANATÔMICA	QTDE. MEGAVOLTAGEM			VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR PARCIAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
MTS SNC	50	Megavoltagem	50	63,88	3.194,12	5.202,01
		Cheque filme	10	21,22	212,25	
		Máscara/Bloco	2	114,74	229,48	
		Simulação	1	295,69	295,69	
		Planejamento	1	1270,46	1270,46	

## 2.12.4. PACOTES DE CARDIOLOGIA

2.12.4.1. Nos pacotes listados estão inclusos os honorários do cirurgião, auxiliares, taxas de sala, material e medicamentos;

<b>PACOTE 25</b>		
<b>32.13.044.9 - CBHPM - 3.09.07.08.0 - COLOCAÇÃO PERCUTÂNEA DE FILTRO DE VEIA CAVA</b>		
<b>40.09.024.8 - CBHPM - 3.09.07.09.8 - OCLUSÃO DE VEIA CAVA INFERIOR COM FILTROS</b>		
<b>VALOR DO PACOTE - R\$ 1.948,26</b>		
DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	UNID	QUANT.
ABOCATH	UNID	2
AGULHA DE PUNÇÃO ARTERIAL - 18	UNID	1
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	2
AGULHA 25 X 7	UNID.	3
AGULHA 40 X 12	UNID.	2
CAMPO PLASTICO	UNID	2
CARRO DE ANESTESIA	HORA	1
CATETER PIG TAIL	UNID.	1
CATETER NASAL	UNID	1
CD	UNID.	1
CONTRASTE 50ML	FR	2
CURATIVO	UNID	1

DÂNULA 3VIAS	UNID	3	
DIAZEPAM 10 MG/ML	AMP	1	
DIMORF 10MG/ML	AMP	1	
DORMONID 5MG/ML	AMP	1	
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4	
EUROFIX AIR SLIP	UNID	1	
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1	
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1	
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1	
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	50	
GILLETE	UNID.	1	
HEPARINA 5000/ML	FR	1	
INTRAFIX AIR EXT	UNID.	1	
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1	
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2	
MICROPORE	CM	80	
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1	
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60	
PLASIL 5MG/ML	AMP	1	
PVPI DEGERMANTE	ML	50	
SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1	
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1	
SERINGA 10ML	UNID.	2	
SERINGA 3ML	UNID.	3	
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	1	
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1	
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1	
XYLESTESIN 2%	FR	1	
<b>OBSERVAÇÕES: MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO INCLUSOS NO PACOTE E UTILIZADOS EM CASOS EVENTUAIS:</b>			
MEDICAMENTO - AGRASTAT	FR	1	750,00
MATERIAL - FILTRO DE VEIA CAVA	KIT	1	4.290,00
<b>NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.</b>			

PACOTE 26		
32.10.004.3 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ANGIOGRAFIA CAROTIDEA BILATERAL (VIA FEMURAL)		
32.10.005.1 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL (VIA FEMURAL)		
32.10.006.0 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ARCO AORTICO E VASOS DO PESCOÇO (VIA FEMURAL)		
32.10.006.0 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ARCO AÓRTICO E VASOS DA BASE		
32.12.001.0 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ARTERIOGRAFIA POR CATETER		
32.12.013.3 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ANGIOGRAFIA DIGITAL ARTERIAL		
32.12.014.1 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ANGIOGRAFIA DIGITAL POR VIA VENOSA		
39.12.001.5 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ANGIOGRAFIA POR CATETER		
39.12.004.0 - CBHPM 4.08.12.02.2 - ARTERIOGRAFIA MEMBRO INFERIOR POR PUNÇÃO DIRETA		
40.08.036.6 - CBHPM 4.08.12.03.0 - ANGIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL DA AORTA E OU SEUS RAMOS		
40.08.034.0 - CBHPM 4.08.12.02.2 - ANGIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL COM INJEÇÃO VENOSA		
40.08.035.8 - CBHPM 4.08.12.02.2 - ANGIOGRAFIA POR SUBTRAÇÃO DIGITAL COM INJEÇÃO ARTERIAL		
<b>VALOR DO PACOTE - R\$ 1.948,26</b>		
DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	UNID	QUANT.
ABOCATH	UNID	2
ADRENALINA	AMP	1
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	4
AGULHA 25 X 7	UNID.	4

AGULHA 40 X 12	UNID.	6
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CARRO DE ANESTESIA	HORA	1
CATETER NASAL	UNID.	1
CATETER JBI	UNID	1
CATETER COBRA	UNID	1
CATETER PIG-TAIL	UNID	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONTRASTE 50ML	FR	3
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4
EUROFIX AIR SLIP (EQUIPO P BOMBA DE INFUSÃO)	UNID	2
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	80
GILLETE	UNID.	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
GUIA TERUMO 0,35 X 150 CM	UNID	1
HEPARINA 5000/ML	FR	2
INTRODUTOR	UNID.	1
ISORDIL	COMP	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MANIFOLD 5 VIAS	UNID.	1
MICROPORE	CM	80
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	50
SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1
SERINGA 10ML	UNID.	2
SERINGA 3ML	UNID.	2
SERINGA 5ML	UNID.	2
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	1
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1
XYLESTESIN 2%	FR	1
<b>NÃO ESTÃO INCLuíDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.</b>		

<b>PACOTE 27</b>		
<b>40.08.020-0 -CBHPM 3.09.11.07.9 - CATETERISMO DE CAM. ESQUERDA COM ESTUDO CINE.</b>		
<b>40.08.021-8 -CBHPM 3.09.11.07.9 - CATETERISMO DE CAM. DIREITA E ESQ. COM ESTUDO CINE.</b>		
<b>40.08.024-2 -CHBPM 3.09.11.05.2 - CATETERISMO DE CAM. DIREITA E ESQ. COM ESTUDO CINE. E REVASC.</b>		
<b>40.08.026-9 -CHBPM 3.09.11.08.7 - CATETERISMO DAS CAM. ESQUERDA E CINE. COM ESTUDO CIANG.</b>		
<b>VALOR DO PACOTE - R\$ 1.948,26</b>		
<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>UNID</b>	<b>QUANT.</b>



ABOCATH	UNID	2
ADRENALINA	AMP	1
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	4
AGULHA 25 X 7	UNID.	4
AGULHA 40 X 12	UNID.	6
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CARRO DE ANESTESIA	HORA	1
CATETER NASAL	UNID.	1
CATETER JL4	UNID	1
CATETER JR4	UNID	1
CATETER PIG-TAIL	UNID	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONTRASTE 50ML	FR	2
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4
EUROFIX AIR SLIP	UNID	1
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	80
GILLETE	UNID.	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
HEPARINA 5000/ML	FR	2
INTRODUTOR	UNID.	2
ISORDIL	COMP	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MANIFOLD 5 VIAS	UNID.	1
MICROPORE	CM	80
MONOCORDIL	AMP	1
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	50
SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1
SERINGA 10ML	UNID.	2
SERINGA 3ML	UNID.	2
SERINGA 5ML	UNID.	2
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	1
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1
XYLESTESIN 2%	FR	1

**NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.**

**PACOTE 28**

**40.09.001-9 -CBHPM 3.09.12.04.0- ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DE VASO ÚNICO**  
**40.09.006-0 -CBHPM 3.09.12.10.5 - IMPLANTE DE ENDOPROTESE INTRACORONARIANA**  
**40.09.008-6 -CBHPM 3.09.12.18.0- REACANALIZAÇÃO MECANICA POR ANGIOPLASTIA TRANSL. CORONARIA NO IAM**

**VALOR DO PACOTE - R\$ 4.600,00**

<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>UNID</b>	<b>QUANT.</b>
AAS	CPR	2
ABOCATH 1	UNID	2
ADRENALINA	AMP	1
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	4
AGULHA 25 X 7	UNID.	4
AGULHA 40 X 12	UNID.	6
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CAMPO PLÁSTICO ESTÉRIL	UNID.	3
CARRO DE ANESTESIA	HORA	1
CATETER NASAL	UNID.	1
CATETER BALÃO ACTP (USO DE UM A DOIS)	UNID	1
CATETER GUIA ACTP	UNID	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONECTOR EM Y	UNID.	1
CONTRASTE 50ML (USO DE TRES A QUATRO)	FR	4
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIAZEPAM 10MG/ML	AMP	1
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DIPIRONA 2ML	AMP	1
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4
EUROFIX AIR SLIP	UNID	2
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1
FIO MONONAYLON	UNID	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	80
GILLETE	UNID.	1
GUIA ACPT	UNID	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
HEPARINA 5000/ML	FR	2
INDEFLATOR	UNID	1
PLAVIX 75	UNID	4
ISORDIL	COMP	1
INTRAFIX AIR ENT	UNID	1
INTRODUTOR	UNID.	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MANIFOLD 5 VIAS	UNID.	1
MICROPORE	CM	80
MONOCORDIL	AMP	3
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	50

SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1
SERINGA 10ML	UNID.	2
SERINGA 3ML	UNID.	2
SERINGA 5ML	UNID.	3
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	1
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1
XYLESTESIN 2%	FR	1

**OBSERVAÇÃO: NÃO ESTÃO INCLuíDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.**

**MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO INCLUSOS NO PACOTE UTILIZADOS EM CASOS EVENTUAIS.**

DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	VALOR (R\$)
AGRASTAT	750,00
BALÃO INTRA AÓRTICO *	2.250,00
CATETERES DE ASPIRAÇÃO DE TROMBOS*	2.520,00
DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO DISTAL (Filtro EZ)*	4.450,00
STENT CONVENCIONAL	3.980,00
STENT FARMACOLÓGICO	7.500,00

\* Justificativa do uso, sob pena de glosa.

PACOTE 29		
<b>40.09.002-7 -CBHPM 3.09.12.03.2 - ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL DE VASOS MÚLTIPLOS</b>		
<b>40.09.006-0 -CHBPM - 3.09.12.10.5 - IMPLANTE DE ENDOPROTESE INTRACORONARIANA</b>		
<b>VALOR DO PACOTE - R\$ 7.200,00</b>		
DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	UNID	QUANT.
AAS	CPR	2
ABOCATH	UNID	2
ADRENALINA	AMP	1
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	4
AGULHA 25 X 7	UNID.	4
AGULHA 40 X 12	UNID.	6
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CAMPO PLÁSTICO ESTÉRIL	UNID.	3
CARRO DE ANESTESIA	HORA	1
CATETER NASAL	UNID.	1
CATETER BALÃO ACTP	UNID	2
CATETER GUIA ACTP	UNID	2
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONECTOR EM Y	UNID	1
CONTRASTE 50ML	FR	4
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIAZEPAM 10MG/ML	AMP	1
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DIPIRONA 2ML	AMP	1
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4
EUROFIX AIR SLIP	UNID	2
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1

FIO MONONAYLON	UNID	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	80
GILLETE	UNID.	1
GUIA ACTP	UNID	2
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
HEPARINA 5000/ML	FR	2
INDEFLATOR	UNID	1
PLAVIX 75 MG	UNID	4
ISORDIL	COMP	1
INTRAFIX AIR ENT	UNID	1
INTRODUTOR	UNID.	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MANIFOLD 5 VIAS	UNID.	1
MICROPORE	CM	80
MONOCORDIL	AMP	3
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	50
SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1
SERINGA 10ML	UNID.	2
SERINGA 3ML	UNID.	2
SERINGA 5ML	UNID.	3
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	1
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1
XYLESTESIN 2%	FR	1

**OBSERVAÇÃO: NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.**

**MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO INCLUSOS NO PACOTE UTILIZADOS EM CASOS EVENTUAIS.**

DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	VALOR (R\$)
AGRASTAT	750,00
BALÃO INTRA AÓRTICO	2.250,00
CATETERES DE ASPIRAÇÃO DE TROMBOS	2.520,00
DISPOSITIVO DE PROTEÇÃO DISTAL (Filtro EZ)	4.450,00
STENT CONVENCIONAL E OU	3.980,00
STENT FARMACOLÓGICO	7.500,00

**PACOTE 30**

**40.08.040-4 - CBHPM 3.09.11.11.7 - ESTUDO ELETROFISIOLÓGICOS INTRACAVITÁRIOS DO SISTEMA DE CONDUÇÃO SOB A AÇÃO FARMACOLÓGICA OU ELÉTRICA**

**40.08.042-0 - CBHPM 3.09.11.15.0 - MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS FARMACOLÓGICAS OU ELÉTRICAS.**

**40.04.017-8 - CBHPM - 3.09.15.01.5 - CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS ARRITMIAS.**

**VALOR DO PACOTE R\$ 6.100,00**

DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS	UNID	QUANT.
ABOCATH	UNID	2
ADENOSINA	AMP	2
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	2
AGULHA 25 X 7	UNID.	3
AGULHA 40 X 12	UNID.	2
AGULHA DE PUNÇÃO (BROCKENBROU)	UNID	1

ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CAMPO PLÁSTICO ESTÉRIL	UNID.	2
CARRO ANESTESIA	HORA	3
CATETER DE ABLAÇÃO (4,00mm / 8,00mm)	UNID	1
CATETER DE ABLAÇÃO IRRIG 3,5mm	UNID	1
CATETER DIAGNÓSTICO DECAPOLAR	UNID	1
CATETER DIAGNÓSTICO CIRCULAR	UNID	1
CATETER MULTIPOLAR (EEF DIAGNÓSTICO)	UNID	2
CATETER MULTIPOLAR (TERAPÉUTICO DEFLECTIDAE)	UNID	1
CAT. OXIGENIO NASAL TIPO ÓCULOS	UNID.	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONECTOR P/CATETER DE ABLAÇÃO	UNID	1
CONECTOR P/CATETER CIRCULAR	UNID	1
CONECTOR P/CATETER DECAPOLAR	UNID	2
CONECTOR P/CATETER DUODECAPOLAR	UNID	2
CONECTOR P/CATETER MULTIPOLAR	UNID	1
CONTRASTE 50ML	FR	1
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIAZEPAM 10MG/ML	AMP	1
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DIPIRONA 2ML	AMP	1
DIPRIVAN PFS 1% SERINGA	AMP	2
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	14
EUROFIX AIR SLIP	UNID	1
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANEST 10ML	AMP	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	10
GILETE	UNID.	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
HEPARINA 5000/ML	FR	1
INTRAFIX AIR ENT	UNID	1
INTRODUTOR 6F	UNID.	1
INTRODUTOR 7F	UNID	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MICROPORE	CM	80
OXIGENIO	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	180
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PERFUSOR SET 120CM 834202 BB	UNID	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	200
SALA DE HEMODINÂMICA 1ª HORA	USO	1
SALA DE HEMODINÂMICA (1/2) HORA	USO	4
SALA DE RECUPERAÇÃO ATÉ 08 HORAS	USO	1
SERINGA 20ML	UNID	2
SERINGA 10ML	UNID.	1
SERINGA 3ML	UNID.	1
SERINGA 5ML	UNID.	2
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	2
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1

XYLESTESIN 2%	FR	1
<b>OBSERVAÇÕES: NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.</b>		
<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO INCLUSOS NO PACOTE UTILIZADOS EM CASOS EVENTUAIS.</b>		
<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	
BAINHA MULLER	R\$	1.015,00
AGULHA P/PUNÇÃO TRANSEPTAL	R\$	2.325,00

<b>PACOTE 31</b>		
<b>40.08.040-4 - CBHPM 3.09.11.11.7 - ESTUDO ELETROFISIOLÓGICOS INTRACAVITÁRIOS DO SISTEMA DE CONDUÇÃO SOB A AÇÃO FARMACOLÓGICA OU ELÉTRICA</b>		
<b>40.08.042 - CBHPM 0 3.09.11.15.0 - MAPEAMENTO DE FEIXES ANÔMALOS E FOCOS ECTÓPICOS POR ELETROFISIOLOGIA INTRACAVITÁRIA, COM PROVAS FARMACOLÓGICAS OU ELÉTRICAS.</b>		
<b>VALOR DO PACOTE R\$ 3550,00</b>		
<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>UNID</b>	<b>QUANT.</b>
ABOCATH	UNID	2
ADENOSINA	AMP	2
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	2
AGULHA 25 X 7	UNID.	3
AGULHA 40 X 12	UNID.	2
AGULHA DE PUNÇÃO (BROCKENBROU)	UNID	1
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CAMPO PLÁSTICO ESTÉRIL	UNID.	2
CARRO ANESTESIA	HORA	3
CATETER DIAGNÓSTICO DECAPOLAR	UNID	1
CATETER DIAGNÓSTICO CIRCULAR	UNID	1
CATETER MULTIPOLAR (EEF DIAGNÓSTICO)	UNID	2
CAT. OXIGENIO NASAL TIPO ÓCULOS	UNID.	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONECTOR P/CATETER CIRCULAR	UNID	1
CONECTOR P/CATETER DECAPOLAR	UNID	2
CONECTOR P/CATETER DUODECAPOLAR	UNID	2
CONTRASTE 50ML	FR	1
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIAZEPAM 10MG/ML	AMP	1
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DIPIRONA 2ML	AMP	1
DIPRIVAN PFS 1% SERINGA	AMP	2
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	14
EUROFIX AIR SLIP	UNID	1
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANEST 10ML	AMP	1
GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	10
GILETE	UNID.	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
HEPARINA 5000/ML	FR	1
INTRAFIX AIR ENT	UNID	1
INTRODUTOR 6F	UNID.	1
INTRODUTOR 7F	UNID	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2

MICROPORE	CM	80
OXIGENIO	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	180
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PERFUSOR SET 120CM 834202 BB	UNID	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	200
SALA DE HEMODINÂMICA 1ª HORA	USO	1
SALA DE HEMODINÂMICA (1/2) HORA	USO	4
SALA DE RECUPERAÇÃO ATÉ 08 HORAS	USO	1
SERINGA 20ML	UNID	2
SERINGA 10ML	UNID.	1
SERINGA 3ML	UNID.	1
SERINGA 5ML	UNID.	2
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	2
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
XYLESTESIN 2%	FR	1
<b>OBSERVAÇÕES: NÃO ESTÃO INCLuíDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.</b>		
<b>MATERIAIS E MEDICAMENTOS NÃO INCLUSOS NO PACOTE UTILIZADOS EM CASOS EVENTUAIS.</b>		
<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>VALOR (R\$)</b>	
BAINHA MULLER	R\$ 1.015,00	
AGULHA P/PUNÇÃO TRANSEPTAL	R\$ 2.325,00	

<b>PACOTE 32</b>		
<b>3.09.11.14-1 ESTUDO ULTRA-SONOGRÁFICO INTRAVASCULAR</b>		
<b>VALOR DO PACOTE - R\$ 3.600,00</b>		
<b>DESCRIÇÃO MATERIAL E MEDICAMENTOS</b>	<b>UNID</b>	<b>QUANT.</b>
ABOCATH	UNID	2
ÁGUA DESTILADA 1000ML	FR	1
ÁGUA DESTILADA 10ML	FR	2
AGULHA 25 X 7	UNID.	4
AGULHA 40 X 12	UNID.	4
ATROPINA 0,50MG	AMP	2
CAMPO PLÁSTICO ESTÉRIL	UNID.	3
CARRO ANESTESIA	HORA	1
CATETER GUIA ACTP	UNID	1
CATETER ULTRA SOM INTRAVASCULAR - EAGLE EYE GOLD	UNID	1
CATETER NASAL	UNID.	1
CD	UNID.	1
CLONIDIN 150MG/ML	AMP	1
CONECTOR EM Y	UNID.	1
CONTRASTE 50ML	FR	1
CURATIVO	UNID	1
DÂNULA 3VIAS	UNID	3
DIAZEPAM 10MG/ML	AMP	1
DIMORF 10MG/ML	AMP	1
DIPIRONA 2ML	AMP	1
DORMONID 5MG/ML	AMP	1
ELETRODO DESCARTAVEL	UNID.	4
EUROFIX AIR SLIP	UNID	2
EXTENSOFIX 120CM	UNID.	1
EXTENSOFIX 40CM	UNID.	1
FENTANIL 10ML/0,0785MG/ML	AMP	1

GASE ESTÉRIL 10 X 10 - C10 UNID	UNID.	10
GILLETE	UNID.	1
GUIA TEFLON 0,35 x 150CM	UNID.	1
GUIA P / ACPT 0,014	UNID	1
HEPARINA 5000/ML	FR	2
INTRAFIX AIR ENT	UNID	1
INTRODUTOR	UNID.	1
LAMINA BISTURI - Nº 11	UNID.	1
LUVA CIRÚRGICA - Nº 7,5	PAR	2
MANIFOLD 5 VIAS	UNID.	1
MICROPORE	CM	60
MONOCORDIL -	AMP	3
OXIGENIO (QUARTO/INCUB/C.RECUP/AMB)	HORA	1
OXIMETRO DE PULSO	MIN	60
PARACETAMOL - 750MG	CPR	1
PLASIL 5MG/ML	AMP	1
PVPI DEGERMANTE	ML	60
SALA DE HEMODINÂMICA	USO	1
SALA DE RECUPERAÇÃO	USO	1
SERINGA 10ML	UNID.	2
SERINGA 3ML	UNID.	2
SERINGA 5ML	UNID.	3
SORO FISIOLÓGICO 1000ML	FR	2
SORO GLICOSADO - 250ML	FR	1
TRANS. DE PRESSÃO DOMUS	UNID.	1
XYLESTESIN 2%	FR	1
<b>OBS: Quando realizado junto com procedimento terapêutico (Implante de Stent) o valor é de R\$ 1.900,00, em virtude de haver compartilhamento de materiais incluídos no pacote da angioplastia. NÃO ESTÃO INCLUÍDOS OS HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.</b>		

#### 2.12.4.2 Pacotes de Cirurgias Cardíacas

(6) Autorização Parecer Técnico nº 156-DSau/SRAM, de 09MAI22, DIEx nº 1447-DRAS/1ª Sdir\_Sau/Direção, de 09MAI22

2.12.4.2.1 Para os pacotes de Cirurgias Cardíacas, estão incluídos:

- 04 (quatro) Diárias de UTI + 06 (seis) diárias de acomodação semi-privativa
- Materiais e Medicamentos utilizados na cirurgia e internação
- OPME (Não inclui o valor da prótese)
- Material médico
- Taxas e equipamentos do centro cirúrgico
- Honorários Médicos
- Exames relacionados ao procedimento (eletrocardiograma, exames laboratoriais e Raio X)
- Fisioterapia
- com ou sem circuito de circulação extracorpórea



2.12.4.2.2 Para os pacotes de Cirurgias Cardíacas, estão excluídos:

- próteses valvares
- Colas biológicas (Hemocomplettan, Plasma-Lyte, Tisseel Lyo ou Selante de Fibrina, Complexo Protombínico, Beriplex, Custodiol, Autolog.
- Na eventualidade de haver intercorrências, os procedimentos realizados fora do pacote, serão remunerados em conta aberta (outra fatura).
- Honorários de Anestesia.

<b>PACOTE N° 33</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO</b>
3.09.03.02-5	Revascularização do Miocárdio
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>-com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea

<b>PACOTE N° 34</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>TROCA VALVAR (AÓRTICA OU MITRAL)</b>
3.09.02.05-3	Troca Valvar
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE N° 35</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>Revascularização do Miocárdio e Troca Valvar</b>
3.09.03.03-3	Revascularização do miocárdio + cirurgia valvar
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção

<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 36</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CIRURGIA MULTIVALVAR</b>
3.09.02.03-7	Comissurotomia Valvar
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 37</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA</b>
3.09.06.03-2	Aneurisma de Aorta Torácica – correção cirúrgica
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 38</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CORREÇÃO DE DISSECÇÃO DE AORTA</b>
3.09.06.03-2	Aneurisma de aorta torácica – correção cirúrgica
3.09.16.01-1	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE N° 39</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA COM ENXERTO VALVADO</b>
3.09.06.03-2	Aneurisma de aorta torácica – correção cirúrgica
3.09.16.01-1	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE N° 40</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>AMPLIAÇÃO DO ANEL VALVAR E TROCA VALVAR</b>
3.09.02.01-0	Ampliação do Anel Valvar
3.09.02.05-3	Troca Valvar
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE N° 41</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>PLASTIA VALVAR</b>
3.09.02.04-5	Plastia Valvar
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE N° 42</b>
---------------------

<b>ANEURISMECTOMIA DO VENTRÍCULO ESQUERDO E REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO</b>	
3.09.03.01-7	Aneurismectomia do Ventrículo Esquerdo
3.09.03.02-5	Revascularização do Miocárdio
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 43</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CARDIOTOMIA</b>
3.09.17.03-4	Cardiotomia (ferimento, corpo estranho, exploração)
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 44</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR</b>
3.08.03.16-0	Tromboarterectomia Pulmonar
3.09.16.01-1	Hipotermia profunda com ou sem parada circulatória total
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 45</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CORREÇÃO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL</b>
3.09.01.05-7	Correção cirúrgica da comunicação interatrial

3.09.12.08-3	Colocação de cateter intracavitário para monitorização hemodinâmica
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 46</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>CORREÇÃO DA COMUNICAÇÃO INTEVENTRICULAR PÓS IAM</b>
3.09.01.06-5	Correção cirúrgica interventricular
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 47</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>RETIRADA DE TUMORES CARDÍACOS</b>
3.09.17.04-2	Retirada de tumores intracardíacos
3.09.05.03-6	Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional
3.09.05.06-0	Perfusionista
3.09.06.16-4	Cateterismo de artéria radial - para PAM
3.09.13.01-2	Implante de Cateter Venoso por punção
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 44.000,00</b>
OBSERVAÇÕES	- Não inclui as próteses valvares; - <b>com ou sem</b> circuito de circulação extracorpórea;

<b>PACOTE Nº 48</b>	
<b>CÓDIGO/CBHPM 2014</b>	<b>ACOMPANHAMENTO CLÍNICO APÓS 10 DIAS DE INTERNAÇÃO</b>
1.01.02.01-9	Visita Hospitalar a paciente internado (Cirurgias Cardíacas)
<b>VALOR</b>	<b>R\$ 70,00 por dia</b>

## 2.12.5. Procedimentos oftalmológicos

2.12.5.1. Os procedimentos abaixo serão remunerados na forma de pacote que incluem material médico (lente intra-ocular), medicação e honorários médicos cirurgião (Não incluso anestesista).

PACOTE Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
49	Facetomia com implante de lente intra-ocular (lente nacional)	RS 2.000,00
50	Facetomia com implante de lente intra-ocular (lente por conta do paciente)	RS 1.600,00
51	Cirurgia Refrativa Lasik (monocular)	RS 2.900,00
52	Cirurgia Refrativa PRK (monocular)	RS 1.800,00
53	Tratamento de Crosslinking (monocular)	RS 2.051,00
54	Implante de anel intraestromal (monocular)	RS 2.621,00
Procedimentos realizados na OMS**		

\* OBSERVAÇÃO 1: Somente serão autorizados após o paciente passar por uma comissão de ética e se não houver possibilidade de ser aplicado dentro de uma Organização de Saúde do Exército (OMS)

\*\* OBSERVAÇÃO 2: os procedimentos realizados nas instalações da credenciante não serão pagos o valor do UCO (unidade de custo operacional) do procedimento.

2.12.5.2 Os procedimentos abaixo serão remunerados na forma de pacote que incluem serviços hospitalares, medicamentos, materiais, taxa de sala de cirurgia, taxa de sala de recuperação, equipamentos, honorários médicos do cirurgião e auxiliar, bem como lente nacional(Não incluso anestesista).

PACOTE Nº	DESCRIÇÃO	VALOR
55	Facetomia por facoemulsificação com implante de LIO - lente nacional(Cód CBHPM 3.03.06.02-7) <sup>5</sup>	RS 3.200,00
56	Anti VEGF (Cód CBHPM 3.03.06.02-7) <sup>5*</sup>	RS 3.300,00
57	Implante secundário (Cód CBHPM 3.03.06.06-0) <sup>5</sup>	RS 4.200,00
58	Vitrectomia Posterior (Via Pars Plana) + Perfluorcarbono + Endolaser + Óleo de Silicone (Cód CBHPM – 3.03.07.12-0, Cód CBHPM – 3.03.07.05-8, Cód CBHPM – 3.03.07.03-1, Cód CBHPM – 3.03.07.04-0) <sup>5</sup>	RS 7.500,00
59	Vitrectomia Posterior (Via Pars Plana) + Remoção de óleo de silicone (Cód CBHPM – 3.03.07.08-2) <sup>5</sup>	RS 6.300,00
60	Trec – Trabeculectomia (Cód CBHPM – 3.03.10.03-2) <sup>5</sup>	RS 3.000,00
Procedimentos realizados fora da OMS		

\*OBSERVAÇÃO 3: O procedimento Anti VEGF não é permitido o uso do AVASTIN.

\*OBSERVAÇÃO 4: O procedimento nº 57 está incluso o procedimento de vitrectomia posterior, caso o mesmo necessite ser realizado.

\*OBSERVAÇÃO 5: O procedimento nº 58 está incluído 01 diária de internação, se necessário e ficam excluídos os casos que exigirem peeling de mácula, devido ao custo do material.

\*OBSERVAÇÃO 6: O procedimento nº 59 está incluído 01 diária de internação, se necessário.

\*OBSERVAÇÃO 7: O procedimento nº 60 está incluído 01 diária de internação, se necessário e incluído a mitomicina, se necessário.

(5) Autorização Parecer Técnico nº 433-DSau/SRAM, de 21DEZ21, DIEx nº 3654-DRAS/1ªSdir\_Sau/Direção, de 29DEZ21

## 2.13. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

### 2.13.1. Remuneração de Anestesia

2.13.1.1. Os honorários de anestesia serão remunerados conforme a tabela abaixo:

(Anexo “J” – Referencial de preços OCS – OCS e PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2020)

<b>Porte</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Anestesia Local	410,15
Porte 01	410,15
Porte 02	410,15
Porte 03	410,15
Porte 04	581,97
Porte 05	872,95
Porte 06	1.219,38
Porte 07	1.862,21
Porte 08	2.136,88
Consultas com Anestesista	120,00
Taxa de uso de carro de anestesia (fora da OMS) <sup>1</sup>	80,00

(1) Autorização Parecer Técnico nº 246-DSau/SRAM, de 05JUN17, DIEx nº 98-SRAM/Sdir\_Tec/DSau Sal, de 16FEV18

**2.13.1.2.** Os honorários de anestesia para os pacotes de cirurgias cardíacas serão remunerados conforme a tabela abaixo:

<b>Procedimento</b>	<b>Valor</b>
Revascularização do miocárdio ( Pacote nº 33)	R\$ 3.000,00
Troca valvar (aórtica ou mitral) (Pacote nº 34)	R\$ 3.000,00
Revascularização do miocárdio e troca valvar (Pacote nº 35)	R\$ 4.000,00
Cirurgia multivalvar (Pacote nº 36)	R\$ 4.000,00
Correção de aneurisma de aorta (Pacote nº 37)	R\$ 4.000,00
Correção de dissecção de aorta (Pacote nº 38)	R\$ 3.000,00
Correção de aneurisma de aorta com enxerto valvado (Pacote nº 39)	R\$ 4.000,00
Ampliação do anel valvar e troca valvar (Pacote nº 40)	R\$ 4.000,00
Plastia valvar (Pacote nº 41)	R\$ 3.000,00
Aneurismectomia do ventrículo esquerdo e revascularização do miocárdio (Pacote nº 42)	R\$ 4.800,00
Cardiotomia (Pacote nº 43)	R\$ 3.000,00
Tromboendarterectomia pulmonar (Pacote nº 44)	R\$ 4.000,00
Correção de comunicação interatrial (Pacote nº 45)	R\$ 3.000,00
Correção da comunicação inteentricular pós IAM (Pacote nº 46)	R\$ 3.000,00
Retirada de tumores cardíacos (Pacote nº 47)	R\$ 3.800,00

(6) Autorização Parecer Técnico nº 156-DSau/SRAM, de 09MAI22, DIEx nº 1447-DRAS/1ª Sdir\_Sau/Direção, de 09MAI22

**2.13.2.** Ambulância UTI móvel

<b>Modalidade</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Remoção local até 20 km (somente ida)	610,56

Remoção local até 20 km (ida/volta)	915,85
Evacuação intermunicipal	12,31 p/ km rodado

### 2.13.3. Procedimentos de Pediatria

**2.13.3.1.** Inclui honorário do médico na sala de parto, primeira consulta com testes básicos ao recém-nascido e visita do pediatra até 48h.

Descrição do procedimento*	Valor (R\$)
Recepção de recém-nascido em sala de parto	900,00
Recepção de neonato prematuro até 34 semanas de gestação	1.100,00

\*Em caso de parto de múltiplos o valor será acrescido de 30% por bebê.

### 2.13.4. Procedimentos de Ginecologia

Descrição do procedimento	Valor (R\$)
Visita Hospitalar ginecologia	70,00
Assistência parto por hora	216,00
Parto via vaginal	900,00
Parto múltiplo subsequente ao inicial	320,00
Parto cesáreo de alto risco	1.170,00
Gravidez ectópica cirurgia	800,00
Cardiotocografia intraparto	18,00
Amnioscopia	35,00

### 2.13.5. Procedimentos de Nefrologia

**2.13.5.1** Remuneração de pacotes de procedimentos na especialidade de Nefrologia com inclusão de Honorários médicos, materiais e medicamentos:

Procedimentos <sup>3</sup>	Valor (R\$)
Hemodiálise convencional crônicos e agudos	487,65
Hemodiálise convencional crônicos e agudos com uso único de acordo com RDC 11(Paciente com sorologia positiva ou desconhecida)	623,52
Tratamento de dialise peritoneal automatizada – DDA – 9 dias	1.676,49
Tratamento de dialise peritoneal automatizada – DDA – 30 dias	4.293,66
Tratamento de dialise peritoneal ambulatorial continua – DPAC – 9 dias	1.449,52
Tratamento de dialise peritoneal manutenção – DPAC – 30 dias	3.815,33
Suporte dialítico em pacientes sob cuidados intensivos (estendida) – ate 12 horas	1.232,99
Suporte dialítico em pacientes sob cuidados intensivos (estendida) – a partir de 12 horas	1.357,45
Implante cirúrgico de catéter de longa	235,60



permanência para NPT, QT ou hemodepuração.	
Implante de cateter venoso central por punção para NPT, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas.	235,60
Implante de cateter peritoneal	180,83
Taxa de serviço-12hrs (Pacientes internados no HGeSM) para realização do procedimento de Hemodiálise contínua 12 horas INCLUSOS: O equipamento de hemodiálise contínua, EPI's, equipe de enfermagem, bem como a disponibilidade de prestação do serviço durante as 24 horas do dia para os pacientes sob cuidados intensivos. Deslocamento/Logística de transporte dos componentes e equipamentos. NÃO INCLUSOS: Honorários médicos e materiais (conta aberta) <sup>8</sup>	1.250,00
Taxa de serviço-12hrs (Pacientes internados no HCAA) para realização do procedimento de Hemodiálise contínua 12 horas INCLUSOS: O equipamento de hemodiálise contínua, EPI's, equipe de enfermagem, bem como a disponibilidade de prestação do serviço durante as 24 horas do dia para os pacientes sob cuidados intensivos. NÃO INCLUSOS: Honorários médicos e materiais (conta aberta) <sup>8</sup>	1.000,00

(8) Autorização Parecer Técnico nº 261-DSau/SRAM, de 11AGO22, DIEx nº 2622—DRAS/1ª Sdir\_Sau/D Sau

### 2.13.5.2 Materiais/taxas para os procedimentos de nefrologia

Material/Taxas <sup>3</sup>	Valor (R\$)
Cateter Duplo-lumen para hemodiálise 11,5FR DE 19 a 24cm para curta permanência (Kit completo)	305,06
Cateter Duplo-lumen para hemodiálise 11,5FR DE 28cm, 36, 40cm para longa permanência Permeath(Kit completo)	887,44
Cateter para diálise peritoneal Tenckhoff- adulto – 2 cuff (Kit completo)	427,08
Taxa de deslocamento para realização do procedimento em outros Hospitais (Deslocamento/Logística de transporte dos componentes e equipamentos – Suporte Dialítico em pacientes sob cuidados intensivos (estendida) – até e a partir de 12horas (PACOTE FECHADO)	360,00

(3) Autorização Parecer Técnico nº 368-DSau/SRAM, de 24NOV21, DIEx nº 3342-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 26NOV21

### 2.13.6 Procedimentos de Medicina Nuclear

#### 2.13.6.1 Taxa de uso de equipamento:

(Anexo “J” – Referencial de preços OCS – OCS e PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2020)

<b>Taxas</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Gama probe <sup>7</sup>	818,00

(7) Autorização Parecer Técnico nº 151-DSau/SRAM, de 02MAI22, DIEEx nº 1382-DRAS/1ª Sdir\_Sau/Direção, de 03MAI22

### 2.13.7 Procedimentos transfusionais e de Hemoterapia

<b>Procedimentos</b>	<b>CÓDIGO CBHPM</b>	<b>Valor (R\$)</b>
Taxa transporte de amostras e hemocomponentes <sup>12</sup>	10101503	40,00
Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar <sup>13</sup>	40401014	15,16
Deleucotização de unidade de concentrado de hemácias – por unidade <sup>13</sup>	40402118	291,70
Deleucotização de unidade de concentrado de plaquetas – até 6 unidades <sup>13</sup>	40402126	342,40
Irradiação de componentes hemoterápicos <sup>13</sup>	40402134	51,19
Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese <sup>13</sup>	40402029	1691,61
Sangria terapêutica <sup>13</sup>	40402037	63,59
Unidade de concentrado de hemácias <sup>13 (a)</sup>	40402045	104,40
Unidade de concentrado de hemácias lavadas <sup>13 (b)</sup>	40402053	128,23
Unidade de concentrado de plaquetas por aférese <sup>13 (c)</sup>	40402061	53,70
Unidade de concentrado de plaquetas randômicas <sup>13 (c)</sup>	40402070	88,68
Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico <sup>13 (d)</sup>	40402088	81,25
Unidade de plasma <sup>13 (e)</sup>	40402096	78,37
Controle microbiológico da medula óssea no TCTH alógeno <sup>13</sup>	40404080	17,91
Eletroforese de hemoglobina por hemocomponente hemoterápico <sup>13</sup>	40403106	11,32
Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários – por fenótipo <sup>13</sup>	40403130	24,57
Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários – por fenótipo- gel teste <sup>13</sup>	40403149	37,11
Fenotipagem do sistema RH-HR (D,C,E, C E C) gel teste <sup>13</sup>	40403157	26,24
Grupo sanguíneo ABO e RH-pesquisa <sup>13</sup>	40403173	17,24
Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - painel de hemácias enzimático <sup>13</sup>	40403203	52,91
Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias <sup>13</sup>	40403211	49,33

Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias – gel liss <sup>13</sup>	40403238	52,91
Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias tratadas por enzimas <sup>13</sup>	40403220	57,85
NAT/HBV- por componente hemoterápico – pesquisa/dosagem <sup>13</sup>	40403890	193,15
NAT/HCV- por componente hemoterápico – pesquisa/dosagem <sup>13</sup>	40403262	193,15
NAT/HIV- por componente hemoterápico – pesquisa/dosagem <sup>13</sup>	40403289	193,15
Operação de processadora automática de sangue em aférese <sup>13</sup>	40403300	286,52
Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários <sup>13</sup>	40403343	25,18
Prova de compatibilidade pré-transfusional completa <sup>13</sup>	40403408	17,91
S. Anti HTLV I + HTLV II (determinação conjunta) por componente hemoterápico <sup>13</sup>	40403424	52,39
S. Chagas EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403440	25,18
S. Chagas HA por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403629	13,34
S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403661	22,81
S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403467	24,50
S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico – pesquisa/dosagem <sup>13</sup>	40403483	53,40
S.HIV EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403505	49,69
S. Sífilis EIE por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403548	18,46
S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico – pesquisa e/ou dosagem <sup>13</sup>	40403602	5,23
Teste de Coombs Direto <sup>13</sup>	40403688	10,93

(12) Autorização Parecer Técnico nº 309-DSau/SRAM, de 15SET22, DIEx nº 376-Seç Regl/Div Tec Sau/Insp Sal, de 22SET22

(13) Autorização Parecer Técnico nº 109-DSau/SRAM, de 08MAI23, DIEx nº 173-Seç Regl/Div Tec Sau/Esc Sau, de 17MAI23

OBSERVAÇÕES:

**(a) Autorizados os seguintes exames para transfusão de Concentrado de Hemácias:** HBSAg, CHAGAS, ANTI HIV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HTLV1, ANTI HBC, GRUPO SANGUÍNEO- 01 p/ CADA BOLSA+ 01, PESQUISA DE ANTICORPOS – (01 POR DIA), PROVA DE COMPATIBILIDADE – (01 P/ CADA BOLSA), HEMOGLOBINAS, NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO .

**(b) Autorizados os seguintes exames para transfusão de Concentrado de Hemácias Lavadas:** HBSAg, CHAGAS, ANTI HIV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HTLV1, ANTI HBC, GRUPO SANGUÍNEO- 01 p/ CADA BOLSA+ 01, PESQUISA DE ANTICORPOS – (01 POR DIA), PROVA DE COMPATIBILIDADE – (01 P/ CADA BOLSA), HEMOGLOBINAS, NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO.

**(c) Autorizados os seguintes exames para transfusão de Plaquetas:** HBSAg, CHAGAS, ANTI HIV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HTLV1, ANTI HBC, HEMOGLOBINAS, NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO.

**(d) Autorizados os seguintes exames para transfusão de Crioprecipitado:** HBSAg, CHAGAS, ANTI HIV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HTLV1, ANTI HBC, HEMOGLOBINAS, NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO.

**(e) Autorizados os seguintes exames para transfusão de Plasma:** HBSAg, CHAGAS, ANTI HIV, VDRL, ANTI HCV, ANTI HTLV1, ANTI HBC, HEMOGLOBINAS, NAT HCV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HIV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO, NAT HBV P/ COMPONENTE HEMOTERÁPICO.

### **2.13.8 Pet Scan**

**2.13.8.1** Remunera-se o PET/CT (Pet Scan) o valor de R\$ 3.400,00 que inclui tomografia com contraste quando necessário, honorário médico, custo operacional, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

### **2.13.9 Taxa de expediente**

**2.13.9.1** A taxa de expediente para retirar fotocópia de prontuário médico quando solicitado não será remunerada.

## **2.14 OUTROS PROCEDIMENTOS OU PACOTES**

**2.14.1** Outros serviços poderão ser contratados na forma de pacote, contudo seus valores não poderão ultrapassar os limites fixados de diárias, materiais, medicações, honorários e taxas contidos neste referencial de custo, que para autorização serão precedidos de avaliação, pelo canal técnico, da adequação dos preços e das condições propostas.

**2.14.2** O CREDENCIADO (OCS/PSA) não enquadrado como OCS tipo hospital poderá solicitar a inclusão de procedimentos e taxas constantes no **ANEXO “I”** mediante justificativa médica, que serão avaliadas pelo CREDENCIANTE para inclusão no contrato considerando a pertinência operacional e técnica.

## **3. NOVIDADES TECNOLÓGICAS EM TERAPÊUTICA MÉDICA**

**3.1.** Novas tecnologias na área de saúde desde que comprovadas 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.

**3.2.** 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.

#### **4. DA REVISÃO DA LISTA REFERENCIAL**

**4.1.** Os valores da Tabela Referencial de Preços, anexa ao edital de credenciamento da UG FuSEx, poderão ser revistos para reestabelecer o equilíbrio econômico financeiro inicial do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado, ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

**4.2.** A Tabela Referencial de Preços, quando os seus valores não estiverem compatíveis com os preços praticados no mercado local, poderão ser substituídas, mediante autorização da Diretoria de Saúde, por outra edição da tabela a qual contenha valores que melhor reflitam os preços do mercado.

**4.3.** Aprovada a Lista Referencial pela D Sau, incumbirá à UG FuSEx contratante, assim que receber a notificação da aprovação e a nova Lista Referencial, publicar no Diário Oficial da União e em jornal local/regional Aviso de Alteração de Anexo do Edital de Credenciamento nº 01/2020.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

**JOSÉ ALOÍSIO MESQUITA KLOECKNER – Ten Cel**  
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento

**ANTÔNIO CARLOS HOLTHAUSEN ELIAS – Maj**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**JEAN CARLO BRONDANI BOLZAN – Maj**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**CÁTIA SILENE CAMARAN MENEGASSI – Cap**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**RAFAEL DE FREITAS FERNANDES– Cap**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**JEAN CARLO STAUB – Cap**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**BRUNA ZUCHETO TADIELO – 1º Ten**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**DAIANI ANTUNES DE OLIVEIRA – 1º Ten**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**NÃANA LUANDA REIS DE ANDRADE – 1º Ten**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**LUIZ IVO TONDO JUNIOR - ST**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

**NARIEZA VIEIRA CARPES – 3º Sgt**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento