



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
1ª BRIGADA DE INFANTARIA DE
SELVA
(GRUPAMENTO DE UNIDADE ESCOLA 1945)
BRIGADA LOBOD'ALMADA

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE/2023

1. APRESENTAÇÃO:

Este documento discrimina as tabelas, índice e valores, e conceituação necessários dos serviços de ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR, AMBULATORIAL E DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO, ODONTOLÓGICO, ATENÇÃO DOMICILIAR ("HOME CARE"), TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIAS - REMOÇÃO / EVACUAÇÃO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL) E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ATENDIMENTO TERAPÊUTICOS DE PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS (PNEE), objeto dos CREDENCIAMENTOS de Organizações Cívicas de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos do Comando da 1ª Brigada de Infantaria de Selva (PMedGuBV).

Os valores estabelecidos neste documento têm como referência o constante no DIEx nº 155-SRAM/SdirTcc/D Saúde, de 14 de junho de 2023 (PT nº 125-D Sau/SRAM, de 7 de junho de 2023); DIEx nº 3323-SRAM/SdirTcc/D Sau, de 13 de outubro de 2022 (PT nº 332-D Sau/SRAM, de 17 de setembro de 2021); DIEx nº 2554-SRAM/SdirTcc/D Sau, de 23 de setembro de 2020 (PT nº 2554 -D Sau/SRAM, de 23 de setembro de 2020); DIEx nº 1028-SRAM/SdirTcc/D Sau, de 27 de abril de 2020 (PT nº 2171-D Sau/SRAM, de 27 de abril de 2020).

Os procedimentos médicos de igual forma, os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelos 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).

2. DOS HONORÁRIOS DE CONSULTA E DE MAIS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EM GERAL:

Os procedimentos dos serviços escritos no item 2 deste Referencial serão classificados como se segue:

A Unidade de Custo Operacional (UCO) será de R\$15,38 conforme CBHPM 2010;

Os portes terão como referência os valores constantes na Tabela CBHPM, 2010 acrescido de 25,03% (www.amb.org.br), descrita abaixo:

Porte	Valor do Porte	Porte	Valor do Porte
1A	R\$14,73	8A	R\$690,77

1B	R\$29,46	8B	R\$724,24
1C	R\$44,17	8C	R\$765,41
2A	R\$58,90	9A	R\$816,61
2B	R\$80,32	9B	R\$892,91
2C	R\$95,05	9C	R\$983,94
3A	R\$129,86	10A	R\$1.058,23
3B	R\$166,00	10B	R\$1.144,69
3C	R\$190,10	10C	R\$1.271,54
4A	R\$226,24	11A	R\$1.344,05
4B	R\$247,66	11B	R\$1.473,90
4C	R\$279,79	11C	R\$1.617,15
5A	R\$301,21	12A	R\$1.676,05
5B	R\$325,30	12B	R\$1.801,88
5C	R\$345,38	12C	R\$2.207,50
6A	R\$376,18	13A	R\$2.429,73
6B	R\$413,68	13B	R\$2.665,34
6C	R\$452,48	13C	R\$2.947,84
7A	R\$488,63	14A	R\$3.285,16
7B	R\$540,83	14B	R\$3.574,32
7C	R\$639,89	14C	R\$3.942,46

Os exames e procedimentos que não estiverem listados na CBIIPM 2010, mas que já estiverem codificados em Classificação mais recente poderá ser autorizados e realizados pela CONTRATADA e serão apreçados e remunerados conforme os valores fixados nos itens 2.1.1 e 2.1.2 deste Anexo para os portes e Unidade de Custo Operacional (UCO).

Os exames e procedimentos não listados em qualquer versão da CBHPM poderão ser autorizados pela Seção FUSEX do P. Med. Gu. BV desde que a autorização seja precedida de pesquisa de preços, que deverá conter, no mínimo, 03 (três) orçamentos, sendo remunerados com base na média ou no menor os preços obtidos, conforme o §2º do Art. 2º da Instrução Normativa nº3, de 20 de abril de 2017, da Secretária de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

HONORÁRIOS: Serão contratadas as seguintes especialidades médicas: Alergologia, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Oncológica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Infectologia, Neonatologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria (com atendimento ao RN em Sala Parto/Berçário tanto para Parto Normal ou Operatório de Alto ou Baixo risco), Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Cirurgia vascular, Angiologia, Gastroenterologia, Bucomaxilo, Neurologista Pediatra, Oftalmologia, Pediatria, Urologia, Nutrologia, Neurocirurgia, Cirurgia cabeça e pescoço e Hepatologia.

Será contratada ainda na área de Odontologia, a especialidade de Implantodontia que será remunerada conforme os serviços de Fonoaudiologia e Terapia para crianças com necessidades especiais.

Serão contratadas as seguintes especialidades terapêuticas: Nutricionista, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Psicomotricidade, Equoterapia e Terapias Especiais.

O apremamento a remuneração dos honorários de consultas médicas serão feitos conforme o seguinte:

MEDICINA	VALOR
VALOR DA CONSULTA MÉDICA	R\$220,00
NEONATOLOGISTA	R\$ 600,00

ODONTOLOGIA	VALOR
CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL/RÔNCO/APNÉIA	R\$ 110,00
VALOR DA CONSULTA BUCOMAXILO	R\$150,00
ODONTOPEDIATRIA COM NECESSIDADES ESPECIAIS	R\$ 123,74
VALOR DA CONSULTA ODONTOLOGIA DEMAIS ESPECIALIDADES	R\$110,00

VISITA HOSPITALAR/PARECER ESPECIALISTA

	VALOR
CLÍNICO GERAL (Dia e Noite)	R\$450,00
ESPECIALIDADES (Oftalmologia, pediatria, ginecologia, obstetrícia, ultrassonografista e psiquiatria)	R\$ 450,00 Dia R\$ 500,00 Noite

FONOAUDIOLOGIA:

ESPECIALIDADE	Avaliação	Sessão
Fonologia	R\$78,00	R\$60,00

NUTRICIONISTA

ESPECIALIDADE	Avaliação	Sessão
Nutricionista		R\$67,72

TERAPIA OCUPACIONAL

ESPECIALIDADE	Avaliação	Sessão
TERAPIA OCUPACIONAL	R\$80,00	R\$60,00
TO Atendimento Domiciliar		R\$ 50,00 acrescentado aos valores das sessões / avaliação
TO Atendimento Hospitalar		R\$ 40,00 acrescentado aos valores das sessões / avaliação

PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE	Avaliação	Sessão
PSICOLOGIA	RS58,00	RS70,00
PSICOTERAPIA DOMICILIAR		RS100,00
Psicologia Casal		RS 93,00
Psicologia Grupo		RS 40,00
Psicologia Familiar		RS 99,00
NEUROPSICOLOGIA		RS100,00
NEUROPSICOPEDAGIA CLINICA		RS100,00

PSICOPEDAGOGIA

ESPECIALIDADE	Avaliação	Sessão
PSICOPEDAGOGIA		RS58,00

Portadores de Necessidades Educativas Especiais :

ESPECIALIDADE	Pacote N° de horas de intervenção/dia	Avaliação/Sessão
Tratamento Multiprofissional em pacientes autistas (TEA)	1h/dia-R\$ 2.400,00 (mês) 2h/dia-R\$ 3.400,00 (mês) 3h/dia-R\$ 4.400,00 (mês) 4h/dia-R\$ 5.500,00 (mês)	RS 150,00
Psicologia / Fonoaudiologia/ Psicopedagogia/ Terapia ocupacional/ Fisioterapia		RS 150,00 Avaliação RS 130,00 Sessão

FISIOTERAPIA EM GERAL :

ESPECIALIDADE	Valor
Consulta	RS 51,78
Patologia Osteomioarticulares c/dependência At.Vida Diária	RS 41,14
Patologia Neurológica c/dependência Vida Diária	RS 41,14

<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Fisioterapêutico em Hemodálise • Atendimento Fisioterapêutico no Pré e Pós-Cirúrgico/Recuperação de Tecidos • Atendimento Fisioterapêutico nas disfunções do Sistema Endócrino-Metabólico • Crioterapia 	
Disfunções do Sistema Linfático e/ou Vascular Periférico	R\$ 35,83
Atendimento Fisioterapêutico nas Disfunções do Sistema Tegumentar Queimaduras	R\$ 50,00
Fisioterapia Aquática	R\$ 50,00
RPG	R\$ 87,13
Quiropraxia	R\$ 80,00
Acupuntura (por sessão)	R\$ 70,00
Atendimento Fisioterapêutico Domiciliar	R\$ 80,00
Fisioterapia nas áreas : <ul style="list-style-type: none"> • Neurofuncional • Neuro Adulta e Pediátrica • ABA • Denver • Ortopedia Adulta e Pediátrica • Pilates Solo Kids • Terapias Manuais • Massoterapia • Termoterapia • Pilates Kids 	R\$ 33,90
LASERTERAPIA	R\$ 90,00
UTI adulto, Neo e Pediátrico Tratamento fisioterápico no paciente em unidade de terapia intensiva e unidades críticas (emergência)	R\$ 238,00/dia
FOTOTERAPIA	R\$ 324,02

Tabela de Fisioterapia : SINFITO/RR 2012+5%

O PORTE ANESTÉSICO: prestados de acordo com os portes descritos na Classificação Brasileira Hierarquizada de

demais casos, deverá ser composta por:
 Um motorista com curso de socorrista; e,
 Um profissional de enfermagem habilitado.

6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para todos os serviços aqui acordados, faz-se necessária, para sua cobrança, a anexação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FUSEx, o pedido médico emitido por profissional do P Med Gu BV ou quando emitido por profissional não pertencente ao quadro do Exército, este pedido deve ser homologado. Em situações de urgência / emergência, o atendimento pode ser realizado sem a guia de encaminhamento, porém o CREDENCIADO deverá orientar ao responsável pelo paciente que se encaminhe a Seção FUSEx do P Med Gu BV na primeira oportunidade, em dias úteis, para emissão da respectiva guia.


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 CONTRATADO obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

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.

Os serviços e respectivos valores poderão ser contratados na forma de pacotes previstos neste Referencial de Valores de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados neste Referencial.

Os procedimentos relacionados como "pacote", contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas, e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote. As OPME, quando utilizadas, serão comprovadas para cobrança através das etiquetas dos materiais. Os honorários médicos em geral não estarão incluídos nos pacotes, exceto em casos específicos discriminados nos mesmos.

Boa Vista - RR, ___ de ___ de 2023


ANDRÉ LUIZ CAMARGO PIMENTA - Cap
 Presidente da Comissão Especial de Licitação

pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista.

O atendimento inter-hospitalar móvel compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, nos limites das áreas de abrangência especificadas no item 3.6.2. do Projeto Básico e apreciados conforme este Referencial.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS: Os veículos deverão dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos ou similares com eficácia equivalente:

Ambulância de Suporte Básico (Tipo B): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio- comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a -alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

Ambulância de Suporte Avançado (Tipo D): Sinalizador óptico e acústico; equipamento de rádio-comunicação fixo e móvel; maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a -alimentação do respirador; b - fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, esfigmomanômetro adulto/infantil, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico e ringer lactato; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

TRIPULAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS:

AMBULÂNCIA TIPO D: a equipe responsável pela prestação dos serviços deverá ser composta por:

Um motorista com curso de socorrista;

Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado; e,

Um médico intensivista, ou médico com curso de *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* ou *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*.

AMBULÂNCIA TIPO B: a equipe responsável pela prestação dos serviços, nos
(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

DO PRESTADOR DE ATENÇÃO DOMICILIAR:

Elaborar o Plano de Atenção Domiciliar quando solicitado pela Unidade Gestora.

As prorrogações deverão ser encaminhadas à UG/FUSLx, a cada período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prorrogar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período.

Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente.

Quando houver curativos, deverá estar anexado o relatório da equipe especializada em lesões, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro(a) responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, materiais utilizados e prescritos e programação de alta/desmame dos mesmos.

A OCS contratada deverá encaminhar mensalmente os orçamentos subsequentes, a serem autorizados, com antecedência de 10 (dez) dias do término do mês. Neste documento deverão estar descritos todos os procedimentos autorizados no período e suas quantidades.

Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do(a) paciente serão entregues pela empresa contratada na residência do(a) mesmo(a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura.

Promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente, tendo em vista a promoção do autocuidado. As atividades a serem executadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto com a equipe multidisciplinar de apoio ao paciente e a família, valorizando as ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente.

Elaborar o Relatório de Alta Domiciliar quando ocorrer alguns dos motivos previstos.

O recolhimento e o destino adequado dos Resíduos Sólidos de Saúde gerados no Atendimento domiciliar.

23. TRANSPORTE de PACIENTE EM AMBULÂNCIAS - REMOÇÃO / EVACUAÇÃO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MÓVEL)

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Remoção no perímetro urbano - ambulância tipo B-IDA e VOLTA quando realizados pela mesma equipe e no mesmo turno de trabalho.		R\$400,00 até 100 km
Remoção no perímetro urbano - ambulância tipo D-IDA e VOLTA quando realizados pela mesma equipe e no mesmo turno de trabalho.		R\$900,00 até 100 km
Remoção interestadual - ambulância tipo B		Acima de 100 km, R\$2,00 por km adicional
Remoção interestadual - ambulância tipo D		Acima de 100 km, R\$4,00 por km adicional

O atendimento pré-hospitalar móvel será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto,

(Anexo "B" - Referência de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

9. **CATETER HIDROLIZADO (SALINIZADO):** somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25x07, 01 (uma) ampola de Soro Fisiológico.
10. **COLETOR DE SISTEMA ABERTO:** será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.
11. **COLETOR DE URINA DESCARTÁVEL:** será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem, caso haja necessidade.
12. **ELETRODO DESCARTÁVEL:** Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.
13. **EQUIPO GRAVITACIONAL ENTERAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas. A utilização de equipo enteral de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
14. **EQUIPO MACROGOTAS OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas. A utilização de equipo de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
15. **EQUIPO FOTOSSENSÍVEL GRAVITACIONAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será por droga/soro por dia utilizado. A utilização de equipo de bomba de infusão fotossensível deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
16. **CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO:** Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
17. **LUVA DE PROCEDIMENTO ESTÉRIL:** Será pago somente para procedimento estéril.
18. **MICROPORE E ESPARADRAPO:** Será pago conforme indicado por procedimento.
19. **SONDA NASOGÁSTRICA:** Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
20. **SONDA NASOENTÉRICA:** Será pago 01 (uma) por internação, sua troca será autorizada com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
21. **TUBO OROTRAQUEAL DESCARTÁVEL:** pagamento integral.
22. **CONECTORES (torneirinha 3 VIAS, polifix)** serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações.
- **COLCHÃO CAIXA DE OVO OU PNEUMÁTICO:** será pago para pacientes com risco de úlceras de pressão, mediante prescrição médica ou do enfermeiro.

DAS OBRIGAÇÕES DOS ENVOLVIDOS:

DO PACIENTE E FAMILIARES: O (A) paciente e/ou responsável legal assume total responsabilidade pelos equipamentos instalados no domicílio do(a) paciente, que sejam relacionados ao tratamento médico necessário, de propriedade da OCS, respondendo pessoal e diretamente por quaisquer danos decorrentes de mau acondicionamento, manuseio por pessoa(s) não autorizada(s), ou qualquer tipo de avaria que não se dêem em virtude de seu uso ou degradação normal.

Caberá à família do(a) usuário(a) zelar pela integridade de tais equipamentos, sendo que os mesmos não deverão ser manuseados sem autorização da equipe especializada.

O fornecimento de qualquer equipamento se condiciona à verificação criteriosa e assinatura de recibo pelo(a) usuário(a) ou responsável legal.

Os materiais e medicamentos são de uso exclusivo do(a) paciente, devendo ser prescritos por médico responsável pelo seu tratamento. A utilização dos medicamentos deverá obedecer à prescrição médica e/ou estar de acordo com a orientação do profissional do prestador contratado.

O(A) paciente não deverá automedicar-se, sendo que a UG/FUSEx e a OCS isentam-se de qualquer responsabilidade por dano ocasionado ao(a) paciente em virtude da não observância das orientações transmitidas de todas as disposições contidas neste documento.

Não caberá reembolso de despesa com material ou medicamento, se adquirido pelo(a) usuário(a), responsável ou familiar, sem prévia aprovação, por escrito, da Unidade Gestora.

Os medicamentos orais de uso contínuo e fraldas ficam a cargo do(a) paciente.

Deverão ser devolvidos ao prestador contratado, no prazo de (05) cinco dias úteis, materiais e/ou medicamentos recebidos e não utilizados, quando determinado pela OCS ou por alta domiciliar.

Taxa de Nebulizador (diária)	DIA	5,25
Taxa de Oxímetro de pulso (diária)	DIA	5,25
Taxa de monitor cardíaco (diária)	DIA	42,00

GASOTERAPIA (PARA SERVIÇO DE HOME CARE)

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Ar comprimido por hora	HORA	11,02
Oxigênio por recarga de cilindro	Recarga	385,87
Cilindro de Oxigênio 10m ³ (mensal)	Quando utilizar	165,37

O cilindro será disponibilizado cheio a R\$150,00. A tx de recarga (R\$385,87) será cobrada quando for necessário, independente de tempo, sem periodicidade fixa de recarga.

Não será cobrada nenhuma taxa de O₂ por tempo ou utilização.

DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR (quando não incluso nas diárias): serão apreçados conforme esse Referencial.

Os serviços e procedimentos realizados e não contemplados nos valores das diárias ou quando excedentes, ou ainda, nos casos de procedimentos específicos e executados por profissional de enfermagem, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FUSEx, serão remunerados separadamente, conforme este Referencial de Custos de Serviços de Saúde/2023.

CONTAGEM DOS PRAZOS: As diárias são indivisíveis e se encerram ao meio dia (12h), com tolerância de até 2 (duas) horas e serão contadas do dia imediato ao da inclusão no SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ao dia da alta, inclusive.

A autorização será válida para no máximo 30 (trinta) dias. Havendo necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, as faturas parciais deverão ser remetidas ao FUSEx em tempo oportuno e solicitada emissão de nova Guia de Encaminhamento.

DA URGÊNCIA / EMERGÊNCIA E DO ÓBITO: As intercorrências que impliquem em necessidade de remoção para OCS (Organização Civil de Saúde) CREDENCIADA com o FUSEx ou para qualquer outra Unidade Hospitalar, ocorrida em caráter de urgência/emergência, bem como os óbitos deverão ser informados ao FUSEx no dia da ocorrência ou no primeiro dia útil imediatamente após o fato.

A fatura referente à internação deverá ser remetida tempestivamente à Seção de Auditoria para sua lisura e pagamento em caráter de urgência.

DOS ITENS COBERTOS COM RESTRIÇÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR:

- 1. ÁGUA DESTILADA:** Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia para o frasco de umidificador, e em caso de nebulização 01 (uma) ampola de 10ml por sessão.
- 2. ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de procedimento estéril 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, conforme prescrição médica.
- 3. SONDA VESICAL DE DEMORA:** será pago conforme a prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverão ter justificativa em prontuário.
- 4. BOLSACOLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será pago mediante prescrição de sondagem vesical de demora, a sua troca terá justificativa, conforme prescrição médica.
- 5. BOLSA DE COLOSTOMIA ABERTA C/ ADESIVO MICROPOROSO DRENÁVEL:** Será pago no máximo 30 (trinta) bolsas por mês conforme Portaria nº 400/2009-SAS/MS, caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.
- 6. FRASCO DESCARTÁVEL ENTERAL/PARENTERAL:** pagar 01 (um) por dia.
- 7. CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada ao prontuário.
- 8. CATETER DE OXIGÊNIO:** Será pago 01 (um) por internação. Caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

•	DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE 06HORAS, incluso:	DIA	77,70
	a) Técnica de Enfermagem-06horas(diárias)		
	b) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soró.		
	c) Aparelhos de PA, glicose e termômetro.		

ITENS INCLUSOS NAS DIÁRIAS: Nas diárias da internação domiciliar estão incluído(a)s:

- Troca de roupa de cama e banho de paciente;
- Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; administração de dieta; preparo, instalação e manutenção de venoclise e aparelhos; controle de sinais vitais; curativos, controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enterocлизма, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- Aspirador de secreções (vácuo ou elétrico);
- Nóbreak;
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;
- Equipamentos de proteção individual (EPI): luvas de procedimento não estéril, capas e/ou aventais, óculos e máscaras descartáveis.

DOS HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS (HOMECARE)

Descrição	Fator	Valor (RS)
Visita Domiciliar do Médico Assistente	VISITA	275,62
Visita Domiciliar do Médico Especialista	VISITA	407,92
Visita Domiciliar Enfermeiro	VISITA	77,18
Visita Domiciliar Nutricionista	VISITA	99,20
Visita Domiciliar Psicólogo (possessão)	VISITA	88,20
Visita Domiciliar fonoaudiólogo (possessão)	VISITA	99,20
Visita Terapeuta Ocupacional (possessão)	VISITA	99,20
Visita Assistente Social	VISITA	99,20
Fisioterapia Motora (possessão)	DIA	82,70
Fisioterapia Respiratória (possessão)	DIA	82,70
Fisioterapia Motora e Respiratória (possessão)	DIA	88,00

DAS TAXAS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS (Quando não inclusos nas Diárias)

Descrição	Fator	Valor (RS)
Taxa de Aparelho de RX (por procedimento)	RX	66,15
Taxa de Eletrocardiograma (por procedimento)	ECG	66,15
Taxa de BIPAP (diária) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	DIA	44,10
Taxa de BIPAP (mensal) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	MÊS	1.102,50
Taxa de CPAP (diária) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	DIA	42,00
Taxa de CPAP (mensal) Incluso manutenção do aparelho e máscara de reposição, sempre que necessária a troca, sem custos extras.	MÊS	1.050,00
Taxa de Concentrador de Oxigênio (diária)	DIA	42,00
Respirador Mecânico (diária)	DIA	105,00
Taxa de aspirador elétrico (diária)	DIA	5,25

repetição de procedimentos e exames invasivos;

6) Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;

7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

- a. O enquadramento do tipo de Atenção Domiciliar deve seguir a tabela de pontuação constante no **PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE (Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar - NEAD) Anexo N** do Projeto Básico, após solicitação técnica.
- b. Estabelecer como prioridade de eleição da Internação Domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

I- Idosos;

II Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

III Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;

IV-Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

- c. A OCS prestadora de Atenção Domiciliar deverá apresentar um relatório (avaliação inicial) enquadrando a real situação do paciente, onde deverá constar dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, exame físico, avaliação da dor, avaliação por sistemas (neurológico, respiratório, digestivo, tegumentar e geniturinário), avaliação do domicílio, recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos) e a avaliação para planejamento da atenção domiciliar previsto no **PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE (Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar- NEAD) Anexo N** ao Edital.

DAS DIÁRIAS DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

Ref.	Descrição	Fator	Valor (R\$)
	DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE COM VENTILAÇÃO MECÂNICA, incluso: a) Técnica de Enfermagem-24 horas (diárias). b) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, colchão pneumático escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro. c) Aparelhos, de PA, glicose, oxímetro, termômetro, nebulizador, aspirador e fluxômetro	DIA	546,00
	DIÁRIAS DE ALTA COMPLEXIDADE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, incluso: a) Técnica de Enfermagem-24 horas (diárias). b) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, colchão pneumático escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro. c) Aparelhos, de PA, glicose, oxímetro, termômetro, nebulizador, aspirador e fluxômetro.	DIA	425,25
	DIÁRIAS DE BAIXA COMPLEXIDADE, 12 HORAS incluso: a) Técnica de Enfermagem-24 horas (diárias) b) Móveis e equipamentos: cama hospitalar, colchão, escada de dois degraus, cadeira higiênica e suporte de soro. c) Aparelhos, de PA, glicose e termômetro.	DIA	152,25

regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção.

- **Procedimentos de Enfermagem:** serviços de Técnico de Enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo.

- **Gerenciamento de Casos Crônicos:** compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso os pacientes são enquadrados nos seguintes planos:

a) **Gerenciamento de Caso Básico (GCB):** considera-se elegível na modalidade de AD, o paciente que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequenas sequelas neurológicas, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessitem de monitoramento menos intensivo;

2) Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

3) Pacientes com pouca dificuldade de acesso a OMS credenciada;

4) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

5) Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença;

6) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

b) **Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI)** considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e como fim de abreviar ou evitar hospitalização, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequelas neurológicas, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessitem de monitoramento intensivo;

2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

3) Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

4) Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a OMS ou rede credenciada;

5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

6) Pacientes com infecções de repetição;

7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

c) **Gerenciamento de Caso Avançado (GCA)** considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e com risco alto de hospitalização, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

3) Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

4) Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à OMS ou rede credenciada;

5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM GRUPO DE LINFONÓDOS		RS 98,42
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM LÂMINAS DE PAAP ATÉ 5		RS 98,42

20. TAXA DE SALA AMBULATORIAL:

Descrição	Fator	Valor(R\$)
Taxa de cirurgia ambulatorial Equivalente ao Porte 0	Isso	95,29

21. DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS

CURATIVO (EXCLUSIVO MAT/MED)	Descrição	Fator	Valor(R\$)
Ref.			
	Curativo Especial	Troca	RS120,00
	Curativo Grande	Troca	RS100,00
	Curativo Médio	Troca	RS80,00
	Curativo Pequeno	Troca	RS60,00

22. SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR ("HOMECARE")

CONDIÇÕES GERAIS e MODALIDADES NA ATENÇÃO DOMICILIAR: A Atenção Domiciliar será prestada por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e a assistência de fisioterapeuta, técnicos de enfermagem incluindo também suporte de plantão.

A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

Assistência Domiciliar Multiprofissional: é uma atenção continuada, normalmente indivíduos restritos ao leito ou ao lar, portadores de patologias crônicas, mas estáveis clinicamente. Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, orientação à família e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde;

- **Internação Domiciliar:** indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, no intuito de evitar a hospitalização. É indicada, também, em momento de desospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:
- **Internação Domiciliar 12 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção;
- **Internação Domiciliar 24 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário hospitalar, em

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL DE HIDRIDIZAÇÃO "IN SITU"		RS 762,87
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PAINEL IMUNOISTOQUIMICA		RS 762,87
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM PEÇA CIRURGICA OU ANATOMICA		RS 180,51
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REAÇÃO IMUNOISTOQUIMICA ISOLADA		RS 419,27
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM REVISÃO DE LÂMINA OU CORTES HISTOPATOLOGICO ISOLADO		RS 340,39
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO PEROPERATORIO COM DESLOCAMENTO DO PATOLOGISTA		RS 1.348,73
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO POR CAPTURA HIBRIDA		RS 336,55
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO CITOPATOLÓGICOS ONCOTICOS DE LÍQUIDOS E RASPADOS CUTÂNEOS		RS 98,42
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES "IMPRINT" E "CELL BOCK"		RS 98,42
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM BIÓPSIA SIMPLES "IMPRINT" E "CELL BOCK" BIOPSTA PESQUISA DE H Pylori		RS 148,00
PEÇA CIRURGICA-PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO EM PEÇA ANATÔMICA OU CIRURGICA SIMPLES EM PEÇA ANATÔMICA COMPLEXA		RS 240,00
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL SERIADO		RS 75,12
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL ONCÓTICO		RS 49,21
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM FRAGMENTO MULTIPLOS		RS 95,51

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

cerebral)		
Ecodopplercardiograma transtorácico		RS400,52
Mapa 24 h		RS 251,30
Holter até 24 h		RS251,30
Ecoopplercariograma		RS 381,72
Monitorização		RS 258,14
ECGRótina		RS 128,26
ECG convencional de até 12 derivações		RS44,91
Laserterapia		RS114,17
Fototerapia		RS324,02
Ressonância Magnética		RS1040,06
Usg transvaginal		RS 150,00
Raio x		RS-58,20
Mamografia		RS 233,39

18. TESTES ALÉRGICOS:

DESCRIÇÃO	OBS	VALOR
TESTE ALÉRGICOS INALANTES		RS 157,55
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICO PARA ALIMENTOS		RS 206,72
TESTES CUTÂNEO-ALÉRGICO PARA INSETOS		RS 79,83
TESTE DE CONTATO BACTÉRIA COSMÉTICO		RS 200,00
TESTE DE CONTATO PADRÃO-ATE 30 SUBSTANCIA		RS 163,10
TESTE DE CONTATO POR SUBSTANCIA-ACIMA DE 30 SUBSTANCIAS		RS 4,35

19. LABORATORIO/BIOQUIMICA :

DESCRIÇÃO	OBS	VALOR
HEMOGRAMA COMPLETA		RS 14,12
BIOIMPEDÂNCIA		RS 33,37
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOPATOLÓGICO		RS 71,82
PROCEDIMENTO DIAGNOSTICO EM CITOLOGIA HORMONAL ISOLADA		RS 31,41
COLORAÇÃO ESPECIAL POR COLORAÇÃO ANATOMIA PATOLÓGICA		RS 49,21

axilas ou músculos ou tendão)		
Cardiotomografia (ctb)		RS 200,00
Retirada de corpo estranho pólipos, biópsia, orelha externa, nariz		RS 135,00
Retirada de Corpo estranho de faringe em consultório		RS 188,08
Audiometria vocal-pesquisa limiar de discriminação		RS 50,69
Audiometria tonalimiar infantil condicionada		RS 134,68
Vestibuloneuristoriografia computadorizada		RS 287,85
Testes Vestibulares		RS 192,11
Audiometria de tronco cerebral (PEA) BERA		RS 350,00
Epistaxe cauterização (qualquer técnica)		RS 91,80
Cerumen-bilateral(remoção)		RS 40,00
Tomografia Computadorizada		RS 564,83
Teste Ergométrico		RS 203,16
Espirometria (prova de função pulmonar)		RS 146,02
Cintilografia (medicina nuclear)		RS 440,17
RM - Coração morfológico ou funcional+ perfusão+ viabilidade miocárdica	Procedimento, materiais e medicamentos	RS 2.110,49
Angiotomografia Coronariana		RS 1.600,00
Teste do coraçãozinho		RS 114,17
Teste da Linguinha		RS 103,59
Teste do suor		RS 282,70
TESTE DO OLHINHO		RS 36,71
TESTE DA ORELHINHA		RS 103,59
Eletroencefalograma (mapeamento)		RS 338,00

06	Concentrado de hemácias/imunohematologia	R\$ 216,55
07	Concentrado de hemácias/ sorologia	R\$ 457,93
08	Concentrado de hemácias filtradas/sorologia	R\$ 654,53
09	Plasma fresco congelado/imunohematologia	R\$ 189,25
10	Plasma fresco congelado / sorologia	R\$ 430,61
11	Concentrado de plaquetas/imunohematologia	R\$ 200,05
12	Concentrado de plaquetas / sorologia	R\$ 305,16
13	Concentrado de plaquetas por aférese/imunohematologia	R\$ 1.938,32
14	Concentrado de plaquetas por aférese/sorologia	R\$ 2.200,30
15	Concentrado de hemácias	R\$ 108,63
16	Concentrado de hemácias pediátrica	R\$ 108,63
17	Plaquetas	R\$ 95,24
18	Concentrado de plasma	R\$ 95,24
19	Concentrado de plaquetas por aférese	R\$ 95,24

16. **CONTRASTE PARA EXAMES DE IMAGEM:** O apreçamento e a remuneração decorrentes do uso de contraste utilizado nos exames de Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada seguirão a tabela abaixo:

Grupo de exames TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS diagnósticas com contraste, valor para o contraste, os materiais e medicamentos necessários à realização do exame contrastado.	R\$ 290,54
Grupo de exames RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS diagnósticas com contraste, valor para o contraste, os materiais e medicamentos necessários à realização do exame contrastado.	R\$ 385,61

17. **PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:**

DESCRIÇÃO	OBS	Valor(R\$)
Usg de Abdomen Total com doppler		R\$ 148,47
Usg de Abdomen superior com doppler		R\$ 397,12
Usg de Órgãos Superficiais (tireoide,escroto,peniscrânio) com doppler		R\$ 360,00
Usg de abdomen superior		R\$ 180,00
Usg articular		R\$ 115,84
Usg de próstata transretal		R\$ 251,97
Doppler estruturas superficiais (cervical ou		R\$ 200,00

DERMATOCALASE

TOTAL	R\$ 898,83
--------------	-------------------

CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO + TRABECULECTOMIA

TOTAL	R\$ 2.801,63
--------------	---------------------

CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO + LIO

TOTAL	R\$ 3115,28
--------------	--------------------

EXÊRESE DE PTERÍGIO + AUTOTRANSPLANTE CONJUNTIVAL

TOTAL	R\$ 709,07
--------------	-------------------

CIRURGIA RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS

TOTAL	R\$ 560,34
--------------	-------------------

PTOSE PALPEBRAL

TOTAL	R\$ 1.032,01
--------------	---------------------

Sangue e Hemocomponentes:

Será remunerado conforme Parecer Técnico nº 449 Dsau/SRAM, de 16 de novembro de 2018.

Nr	Procedimentos	Valor
01	Concentrado de hemácias	R\$ 568,89
02	Concentrado de hemácias filtradas	R\$ 761,49
03	Plasma fresco congelado	R\$ 544,53
04	Concentrado de plaquetas	R\$ 551,35
05	Concentrado de plaquetas por aférese	R\$ 2.281,26

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

GASTROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA + OPMEs	INCLUIR NO PACOTE: 02 DIÁRIAS DE ENFERMARIA/APARTAMENTO; 01 DIÁRIA DE UTI; TAXA DE EQUIPAMENTO; FODOS OS MATERIAIS ESPECIAIS. E MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO; HONORÁRIOS MÉDICOS E ANESTESISTA.	R\$ 24.500,00
---------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

14. CATETERISMO e ANGIOPLASTIA: serão remunerados como se segue:

PROCEDIMENTO	VALOR R\$	OBS
ARTERIOGRAFIA	6.565,08	Inclui 01 diária, tx, mat/med, HM, anestesista e OPME.
ANGIOPLASTIA primária farmacológica com 1 stent	25.097,81	Inclui 01 diária, tx, mat/med, HM, anestesista e OPME.
ANGIOPLASTIA farmacológica com 1 stent	25.097,81	Inclui 01 diária, tx, mat/med, HM, anestesista e OPME.
CATETERISMO CARDÍACO	4.500,00	
CATETERISMO CARDÍACO revascularizado	5.500,00	
Itens avulsos quando não inclusos no pacote	Cateter guia R\$ 590,00; Cateter balão R\$ 1.500,00; Stent farmacológico R\$ 9.500,00; Fio guia p/ angioplastia R\$ 500,00.	

15. PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS: Os serviços oftalmológicos abaixo serão remunerados na forma de pacotes, estando inclusos os honorários, as taxas, os materiais e os medicamentos:

APLICAÇÃO DE LUCENTIS

TOTAL	R\$ 4.548,26
-------	--------------

CAPSULOTOMIA À YAG LASER

TOTAL	R\$ 232,76
TOTAL	R\$ 709,07

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM CÔRNEA

TOTAL	R\$ 1.032,01
-------	--------------

ANESTESIA	AUXILIAR E MÉDICO ANESTESISTA	
LAQUEADURA LAPAROSCÓPICA-OPME		
MAMOTOMIA	INCLUI MATERIAIS MEDICAMENTOS, OPME (SONDA DE BIÓPSIA + CLIPAOR ULTRA CLIP+ USG MAMAS+ HONORÁRIOS O CIRURGIÃO)	R\$ 3650,00

13. PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO (PACOTES)

DESCRIÇÃO	OBS	VALOR
CPRE (COLANGIOPANCREAOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA + PINÇAS ESPECÍFICAS PARA O PROCEDIMENTO (OPME)		R\$ 7.000,00
GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA (inclui material e sedação anestésica)		R\$ 2.300,00
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (com colocação por endoscopia)		R\$ 590,00
TROCA DE SONDA DE GASTROSTOMIA COM SONDA DE BALÃO	INCLUI HONORÁRIOS MÉDICOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS INERENTES AO PROCEDIMENTO TAXAS DE SALA E TAXAS DE EQUIPAMENTOS	R\$ 468,71
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM ESCLEROSE E COLOCAÇÃO DE HEMOCLIPS		R\$ 1.700,00
LIGADURA ELÁSTICA DE VARIZES ESOFAGEANAS		R\$ 1.990,00
COLOCAÇÃO DE PRÓTESE COLEDUCIANA VIA ENDOSCÓPICA		R\$ 1.900,00
DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA DE VIA BILIAR PARA RETIRADA DE CÁLCULOS		R\$ 2.900,00

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

CESARIANA ANESTESISTA	EQUIPAMENTO, TAXAS DE SALA, GASOTERAPIA, HONORÁRIOS MÉDICOS: MÉDICO CIRURGIÃO, MÉDICO AUXILIAR E MÉDICO ANESTESISTA	
PARTO NORMAL CIRURGIÃO	INCLUIR HM, TAXAS, MAT/MED. DIÁRIAS TAXAS DE SERVIÇOS INTRA-HOSPITALARES, TAXA DE USO DE EQUIPAMENTO, TAXAS DE SALA, GASOTERAPIA, HONORÁRIOS MÉDICOS: MÉDICO CIRURGIÃO, MÉDICO AUXILIAR E MÉDICO ANESTESISTA	RS 4.000,00
PARTO ANESTESISTA NORMAL	INCLUIR HM, TAXAS, MAT/MED. DIÁRIAS, OPME, AUXILIARES VISITA MÉDICA PÓS CIRURGICA	RS 5.000,00
HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA-1º CIRURGIÃO		
HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA-2º CIRURGIÃO	INCLUIR HM, TAXAS, MAT/MED. DIÁRIAS, OPME, AUXILIARES VISITA MÉDICA PÓS CIRURGICA	RS 5.000,00
HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA-ANESTESISTA		
OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA-1º CIRURGIÃO		
OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA-2º CIRURGIÃO	INCLUIR OPME, HM DOS CIRURGIÕES, AUXILIARES E VISITA MÉDICA PÓS CIRURGIA	RS 9.000,00
OOFORECTOMIA LAPAROSCÓPICA-OPME		
LAQUEADURA LAPAROSCÓPICA-1º CIRURGIÃO	INCLUIR MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXAS DE SERVIÇOS INTRA-HOSPITALARES, TAXA DE USO DE EQUIPAMENTO, TAXAS DE	
LAQUEADURA LAPAROSCÓPICA-2º CIRURGIÃO		
LAQUEADURA LAPAROSCÓPICA-	SALA, GASOTERAPIA, HONORÁRIOS MÉDICOS: MÉDICO, CIRURGIÃO, MÉDICO	RS 6.000,00

11. ESCANEAMENTO INTRA ORAL e MODELO 3D:

SERVIÇOS	VALOR R\$
Escaneamento Intra Oral para modelo ortodôntico digital	100,00
Modelo Ortodôntico impresso em impressora 3D filamento	80,00
Biomodelo-Prototipagem uma região	80,00

A CREDENCIADA deve fazer constar na conta hospitalar do beneficiário as cliquetas que comprovem a utilização da OPMF liberada, de produtos implantáveis ou não, conforme legislação vigente e futuras atualizações e substituições.

TIPO	TABELA 14	
	REFERENCIAL	REGRAS DE COBRANÇA
Órteses, próteses e materiais cirúrgicos especiais	Nota fiscal	3 (três) orçamentos para autorização (pré auditoria) Nf total + 15% (quinze por cento).

12. PROCEDIMENTOS CIRURGICOS:

CIRURGIA DE SEPTOPLASTIA	INCLUIR DIÁRIAS	IM, TAXAS, MAT/MED	E	R\$ 7.000,00
CIRURGIA TURBINECTOMIA	INCLUIR DIÁRIAS	HM, TAXAS, MAT/MED	F	R\$ 3.000,00 (UNIA TERAL)
CIRURGIA ETMOIDECTOMIA	INCLUIR DIÁRIAS	HM, TAXAS, MAT/MED	E	R\$ 3.500,00
CIRURGIA AMIGDALA	INCLUIR DIÁRIAS	HM, TAXAS, MAT/MED	E	R\$ 3.000,000
CIRURGIA ADENOIDE	INCLUIR DIÁRIAS	IM, TAXAS, MAT/MED	F	R\$ 3.000,00
CURETAGEM-CIRURGIÃO	INCLUIR DIÁRIAS	IM, TAXAS, MAT/MED	E	R\$ 2.400,00
CURATEGEM ANESTESISTA	INCLUIR DIÁRIAS	IM, TAXAS, MAT/MED	E	R\$ 2.400,00
CESARIANA - CIRURGIÃO	INCLUIR DIÁRIAS	HM, TAXAS, MAT/MED	F	R\$ 5.200,00
		TAXAS DE SERVIÇOS INTRA-HOSPITALARES, TAXA DE USO DE		

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

TRATAMENTO EXPECIANTE		
NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA		RS 184,00
RETENTOR INTRA RADICULAR DE FIBRA DE VIDRO E NÚCLEO PREENCHIMENTO EM RESINA		RS 380,00
ANALISE OCCLUSAL COM MONTAGEM EM ASA		RS 150,00
RADIOGRAFIA PERIAPICAL (DIGITAL)		RS 20,00
RADIOGRAFIA INTERPRÓXIMAL-BITE-WING (DIGITAL)		RS 20,00
RADIOGRAFIA POTERO-ANTERIOR		RS 75,37
RADIOGRAFIA DA ATM		RS 144,19
RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MAXILARES		RS 68,44
TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO COMPUTADORIZADO		RS 91,56
TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO		RS 75,34
RX CARPAL (MÃO E PUNHO)		RS 81,94
MODELOS ORTODONTICOS DE GESSO (PAR)		RS 79,79
FOTOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS		RS 14,15
RADIOGRAFIA PANORÂMICA COM TRAÇADO (PARA IMPLANTE)		RS 88,50

Serviços Odontológicos: Tabela VRPO2013 (www.abotaguatinga.org.br) (com banda redutora de 15%).

10. TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS POR FELXE CÔNICO:

PROCEDIMENTO	VALOR RS
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA UMA REGIÃO	193,70
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DUAS REGIÕES	209,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA TRÊS REGIÕES (POR ARCADEA TOTAL)	299,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MAXILA E MANDÍBULA TOTAL	660,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ATM ABERTE OU FECHADA	315,00

CIRURGICO- POR SESSÃO		
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMOS		500,00
PROTOCOLO BRANEMARCK PARA QUATRO IMPLANTES		1429,00
RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL PARA TRATAMENTO DA GENGVITE POR ARCADEA		160,44
REABERTURA E COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR IMPLANTODÔNTICO - POR UNIDADE		195,00
REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO		300,00
REMOÇÃO DE IMPLANTE NÃO OSSEO INTEGRADO		169,00
GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTES		RS 193,00
REMOÇÃO DE DENTE INCLUSO/IMPACTADO		RS 450,06
REMOÇÃO DE DENTE SEMI INCLUSO/IMPACTADO		RS 300,00
TRATAMENTO DE ALVEOLITE		RS 300,00
ULOTOMIA		RS 120,00
CONSULTA PARA DIAGNOSTICO DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL	VALOR DO PARECER DO BUCOMAXILO	RS 150,00
SESSÃO DE LASERTERAPIA LOCAL E SISTÊMICA		RS 120,00
APLICAÇÃO DE FLUOR (NÃO INCLUI PROFILAXIA)		RS 60,00
DESSENSIBILIZAÇÃO DENTARIA (POR SEGMENTO/POR SESSÃO) LASER E PRODUTOS		RS 150,00
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO DE VIDRO		RS 119,00
RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZAVEL		RS 169,00
RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA		RS 89,00

(Anexo "B" - Referencial de preços OCS/PSA - Edital de Credenciamento nº 01/2023)

REBORDO RESIDUAL		(POR SEGUIMENTO)
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR-BILATERAL EM UMA SESSÃO		RS 300,00
CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR-UNILATERAL		RS 200,00
COROA DE AÇO		RS 200,00
COROA METALO CERÂMICA	Responsabilidade do beneficiário custeado Material conf. IR 30-40	RS 657,00
COROA METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE		
COROA METALO-PLÁSTICA SOBRE IMPLANTE/ CERÔMERO		
COROA PROVISÓRIA (POR ELEMENTO)	Responsabilidade do beneficiário custeado Material conf. IR 30-40	RS 169,00
COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	Responsabilidade do beneficiário custeado Material conf. IR 30-40	RS 169,00
EXODONTIA A RÉTALHO		RS 221,90
ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO POR ÁREA ENXERTADA		RS 391,00
EXODONTIA DE PERMANENTE		RS 180,00
EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODONTICA/PROTÉTICA		RS 200,00
IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO- POR UNIDADE		RS 1.200,00
EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL		RS 150,00
FRENULECTOMIA LABIAL		RS 300,00
FRENULECTOMIA LINGUAL		RS 200,00
INTERMEDIÁRIO PROTÉTICO PARA IMPLANTES		250,00
LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO		1.000,00
MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES		103,14
MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO		200,00

PROTOCOLO BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES	Responsabilidade beneficiário custear todos os componentes protéticos, enxertia, insumos, assim como confecção da prótese provisória e definitiva	1.267,00
PROTOCOLO BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES	Responsabilidade beneficiário custear todos os componentes protéticos, enxertia, insumos, assim como confecção da prótese provisória e definitiva	1.262,40
PROTOCOLO BRANEMARK CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	Responsabilidade beneficiário custear todos os componentes protéticos, enxertia, insumos, assim como confecção da prótese provisória e definitiva	973,48 (PARTE PROTÉTICA)
PROTOCOLO BRANEMARK CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES - PARTE PROTÉTICA	Responsabilidade beneficiário custear todos os componentes protéticos, enxertia, insumos, assim como a confecção da prótese provisória e definitiva	979,46 (PARTE PROTÉTICA)
INTERMEDIÁRIO PARA PROTÉTICO IMPLANTES		250,00
MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES		103,14
MANUTENÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO POR SESSÃO		200,00
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PRÓVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS		500,00
RASPAGEM SUPRAGENGIVAL PARA TRATAMENTO DA GENGIVITE POR ARCADA		160,44
REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO		300,00
REMOÇÃO DE IMPLANTE NÃO OSSEO INTEGRADO		169,00
PROCEDIMENTO	OBS	VALOR
CONSULTA		R\$ 110,00
ALVEOLOPLASTIA / CORREÇÃO DE		R\$ 450,00

No valordas taxas desala estão incluídos:

- O uso da sala;
- Controle dos sinais vitais;
- Locomoção do paciente;
- Taxa confecção de curativo, exceto curativo especial;
- Taxa de vigilância epidemiológica;
- Uso de aspirador de secreções e berço aquecido; e
- Equipamento de Proteção Individual (EPI).

PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (HONORÁRIOS)

Ultrassom beira leito (laudo incluso)	RS 400,00
Bloqueio Neural	RS 400,00
Aplicação de toxina botulínica (Apenas quando autorizado pela Comissão de Ética, Conforme DUT/ANS)	RS 400,00
Punção articular diagnóstica e terapêutica (infiltração)	RS 150,00

9. IMPLANTODONTIA:

PROCEDIMENTO	OBS	VALOR
ENXERTO AUTÓGENO LINHA OBLÍQUA	Responsabilidade beneficiário remunerar biomateriais, membranas e Enxertos ósseos	923,02
ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO POR ÁREA ENXERTADA	Responsabilidade do beneficiário custear o Material conf, IR 30-40	391,00
ENXERTO AUTÓGENO	Responsabilidade de beneficiário	903,00
OSSOMENTO	Remunerar biomateriais, membranas e Enxertos ósseos	903,02
ENXERTO OSSOLIOFILIZADO	Responsabilidade beneficiário remunerar biomateriais, membranas e Enxertos ósseos	290,00
REABERTURA COLOCAÇÃO CICATRIZADOR	2ª fase do implante por unidade	195,00
COROA TOTAL METAL FREE SOBRE IMPLANTE CERÂMICA	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	603,20
COROA TOTAL METALO CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	603,20
GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	193,00
OVERDENTURE/CLIP/ O'RINGSOBRE2 IMPLANTES	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	1.246,30
OVERDENTURE/ CLIP/O'RINGSOBRE3 IMPLANTES	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	1.267,00
OVERDENTURE/CLIP/ O'RINGSOBRE4 IMPLANTE Sumais	Responsabilidade beneficiário custear o material do laboratório	1.262,40

Honorários do médico plantonista e intensivista:

7. GASOTERAPIA: Será remunerada conforme abaixo discriminado:

Descrição	Fator	Valor
Oxigênio por cateter na sala adulto e pediátrico por hora	HORA	20,00
Oxigênio por máscara adulto	HORA	20,00
Oxigênio respirador adulto por hora	HORA	2lt/min: 7,90 3lt/min: 10,00 4lt/min: 18,40 5lt/min: 26,30
Oxigênio respirado pediátrico por hora	HORA	20,00
Nebulização por sessão em O2	SESSÃO	20,00
Ar comprimido por hora	HORA	16,30
Protóxido de azoto	HORA	60,00
Oxido Nitróso por hora	HORA	76,65
Gás Carbônico por hora	HORA	25,41
Oxido Nítrico por hora	HORA	76,65
Nitrogênio	HORA	10,25

8. DAS TAXAS PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Aspirador uterino	Uso	Incluso CC/Apto/Enf/por uso
Balão intra Aórtico	Dia	Incluso CC
Berço aquecido (em apartamento conjunto) Primeira hora	Hora	Incluso berçário
Berço aquecido (em apartamento conjunto) Hora subsequente	Hora	Incluso berçário
Berço aquecido (apartamento conjunto) Diária	Dia	Incluso berçário
Bomba de circulação extra corpórea	Uso	Incluso Tx sala CC
Bomba de infusão	Dia	Incluso na diária
Desfibrilador	Uso	Incluso Tx sala CC
Electrocardiógrafo	Uso	CBHPM 2010
Electroencefalógrafo	Uso	CBHPM 2010
Fototerapia	Hora	RS 15,89 Quando retorno apenas do RN após alta da mãe
Marca-passo externo cirúrgico	Uso	157,50
Serra elétrica	Uso	110,25
Serra de Nitrogênio	Uso	26,25
Trepano Elétrico	Uso	63,00
Video Artroscópio cirúrgico/Diagnóstico	Uso	315,00
Intensificador de imagem - arco cirúrgico	Uso	700,00

- Fototerapia até 24 (vinte e quatro) horas, em caso de berçário;
- Alimentação após 06 (seis) horas, em caso de paciente em pronto-socorro;
- Os equipamentos e procedimentos identificados nas TABELAS 8,9 e 10;
- Registros hospitalares;
- Documentação do paciente.

Valor das diárias estarão EXCLUÍDOS:

- Medicamentos;
- Materiais descartáveis, especiais e de síntese;
- Sangue e derivados;
- Materiais de curativos especiais;
- Órteses e próteses;
- Honorários médicos do especialista, assistente e anestesista;
- SADT (Serviço de apoio para diagnóstico e tratamento);
- Dietas especiais (enterais, parenterais, por sonda nasogástrica, gastronomia, jejunostomia, ileostomia etc.)
- Gasoterapia em todo e qualquer procedimento;
 - Serviços de enfermagem particular, por solicitação individual;
- Isolamento ou precauções por ordem médica ou da enfermagem, da CCII e que ocorrerão sobre a diárias acrescidos constantes na tabela.
 - Materiais descartáveis utilizados na proteção do paciente em isolamento.

DIÁRIAS ESPECIAIS DE UNIDADE OU CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, PEDIÁTRICA E NEONATAL (UTI) / UNIDADE DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA (UTSI)

No valor das diárias deverão estar incluídos:

Todos os itens que compõem as diárias normais exceto, a acomodação de acompanhante;

Equipamentos: (Oxímetro, monitor cardíaco, desfibrilador/cardioversor, nebulizador, aspiradora a vácuo, bomba de infusão, respirador (CPAP/BIPAP), (VCM/BIPAP), HOOD, incubadora/berço aquecido (UTI Neonatal), fototerapia (UTI Neonatal), ventilador volume. Exceto materiais (CPAP/BIPAP), (VCM/BIPAP), HOOD descartáveis.

Utilização de aparelhagens e equipe técnica;

DAY CLINIC até 12 horas	12 H	BERC. R\$ 7,83 APTO: R\$ 280,00 ENFERMARIA: R\$ 210,00
Consulta em Pronto Socorro	CONSULTA	R\$ 150,00
Parceio de médico Especialista para paciente internado	PARECER	Majoração de 35 % do valor contratado para consulta

DIARIAS DE QUARTOS SEMI-PRIVATIVOS, APARTAMENTO STANDARD, PRONTO-SOCORRO, BERCÁRIO E HOSPITAL DIA:

No valor das diárias estarão **INCLUÍDOS**:

- Leito próprio (cama), alojamento conjunto em caso de maternidade;
- Troca de roupa de cama e banho de paciente e de acompanhante, quando em apartamento, serviço de camareira, copeira e serviços gerais;
- Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia e suplementos);
- Cuidados de enfermagem;
- Administração de medicamentos por todas as vias;
- Preparo, instalação e manutenção de venóclise;
- Controle dos sinais vitais;
- Controle de diurese;
- Balanço hídrico;
- Mudanças de decúbito;
- Locomoção interna do paciente;
- Cuidados e higiene pessoal do paciente;
- Preparo do paciente para procedimentos médicos incluídos os serviços de enfermagem e excluídos materiais e medicamentos (enterocлизма, tricotomia, sondagens, lavagens gástricas, etc.);
- Aspiração de secreções, berço aquecido com inclusão de materiais e medicamentos com o sonda, soluções e luvas;
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Realização de curativos com inclusão de gases, micropores e soluções;
- Transporte de equipamentos (Raio X, eletrocardiógrafo, ultra-som, etc.);
- Taxa de vigilância epidemiológica;
- Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas;
- Equipamentos de proteção individual (EPI);

4. **TERAPIA ONCOLÓGICA:** O apuração e a remuneração dos honorários, das taxas, materiais e medicamentos decorrentes da prestação de serviços em Terapia Oncológica será feito conforme tabela abaixo:

CODIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
1.01.01.01-2	CONSULTA	220,00
2.01.04.29-4	TERAPIA ONCOLÓGICA-Planejamento e 1º dia de tratamento	162,00
2.01.04.30-8	TERAPIA ONCOLÓGICA-por dia subsequente de tratamento	33,00
6.00.23.40-6	Tx de sal para quimioterapia para quimioterapia inclusobomba	100,00

5. **PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS:** O apuração e a remuneração dos honorários, das taxas, materiais e medicamentos decorrentes da prestação de serviços em Endoscopia será executado conforme tabelas abaixo:

COD	PACOTE	VALOR
40202615	EDA	R\$613,81
	Incluso HONORÁRIOS MEDICAMENTOS e MATERIAIS	R\$613,81
	Endoscopia digestiva Alta com esclerose e colocação hemoclips	R\$ 1.700,00
COD	PACOTE	VALOR
40202615	COLONOSCOPIA	R\$794,32
	Incluso HONORÁRIOS MEDICAMENTOS e MATERIAIS	

6. DO APREÇAMENTO DAS DIÁRIAS:

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Unidade de Tratamento Intensivo	DIA	898,80
Unidade Tratamento Intensivo Infantil/Neo-Natal	DIA	980,00
Isolamento em UFI	DIA	1078,00
Unidade de Terapia Semi Intensiva	DIA	599,20
Berçário Normal	DIA	183,75
Apartamento acomodação individual, Caf, TV e Frigobar.	DIA	463,05
Isolamento em Apartamento	DIA	555,80
Enfermaria (atendimento conjunto)	DIA	291,06
Diária de Acompanhante (pernoite, café da manhã, almoço e jantar)	DIA	133,00
Observação em PS até 6 horas	DIA	122,01
Hora excedente, pagar hora em até 6 horas	HORA	AP R\$ 15,13 ENF R\$11,12

Procedimentos Médicos – CBIIPM 2018, considerando UCO R\$ 20,47, de acordo com Comunicado Oficial CBIIPM, de 29 de outubro de 2018 e serão remunerados conforme o que se segue:

PORTES ANESTÉSICOS		
ANO	Porte	Valor do Porte
	Anestesia Local	
AN1	3A	R\$202,37
AN2	3C	R\$310,38
AN3	4C	R\$471,79
AN4	6B	R\$725,73
AN5	7C	R\$1.043,81
AN6	9B	R\$1.412,69
AN7	10C	R\$1.876,68
AN8	12A	R\$2.367,80

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS: no preço a ser remunerado dos Serviços Exames Complementares, Terapia em Geral, Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico) e Filmes radiográficos serão realizados, com base Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2010 + 25,03%, UCO R\$ 15,38.

3. DO APREÇAMENTO DAS TAXAS DE SALAS CIRÚRGICA E AMBULATORIAIS:

SALAS CIRÚRGICAS

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Porte 0 – pequena cirurgia	Uso	95,29
Porte 1 – pequena cirurgia	Uso	273,00
Porte 2 – média cirurgia	Uso	399,00
Porte 3 – média cirurgia	Uso	514,50
Porte 4 – grande cirurgia	Uso	535,50
Porte 5 – grande cirurgia	Uso	619,50
Porte 6 – especial	Uso	724,50
Porte 7 – especial	Uso	808,50

SALAS AMBULATORIAIS

Descrição	Fator	Valor (R\$)
Taxa de cirurgia ambulatorial – Equivalente ao Porte 0	Uso	95,29
Taxa de recuperação pós anestésica	Uso	99,75
Taxa de sala de Gesso	Uso	95,29

Sala de recuperação pós-anestésica:

Cobrança realizada quando os pacientes foram submetidos à anestesia geral, anestesia raquidiana ou anestesia peridural, sedação, local assistida ou local com indicação do cirurgião;

Deverá conter o horário de admissão e alta da mesma;

Estão incluídos na taxa de sala de Recuperação: local; leito; rouparia (da sala, da enfermagem e médico); oxímetro de pulso, monitor cardíaco, monitorização de temperatura, monitorização de pressão não-invasiva; aspirador de secreções, serviço de enfermagem, uso de materiais para desinfecção do ambiente, paramentação de toda a equipe e EPI.