



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXERCITO BRASILEIRO
31º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(R I de linha do MA e SC/1772)
“BATALHÃO PERIBEBUI”

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019
ANEXO II – REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE PROCESSO
ADMINISTRATIVO (NUP) Nº 0080622.00003405/2019-57

Sumário.....	1
1. APRESENTAÇÃO	3
2. Atendimento Médico: Tabelas, Índices e Valores.....	4
2.1 – Consulta médica – Valores, Prazo de validade, Re-consulta:	4
2.2 Tabela de Consultas, visitas e pareceres médicos: de acordo com o ANEXO A deste Referencial de Valores.....	4
2.3 Particularidades:	4
2.4 Serviço de Anestesia	5
2.5 Exames complementares:	5
2.6 Hemocomponentes	5
2.7 Medicamentos, Radiofármacos, Materiais Descartáveis e Dietas Enterais	5
2.7.1 Medicamentos Oncológicos:	6
2.7.2 Materiais descartáveis	6
2.7.3 Dietas Enterais	6
2.8 Filme Radiológico.....	6
2.9 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	6
2.10 - Serviços Odontológicos.....	7
3. TERAPIAS DE REABILITAÇÃO	7
3.1 Tratamento médico prolongado nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e psicopedagogia.....	7
3.2. Fisioterapia	9
3.3 Fonoaudiologia	9
3.4 Psicologia.....	9
3.4 Nutrição.....	10
3.5 Terapia Ocupacional.....	10
3.6 Acupuntura	10

4. DIÁRIAS ETAXAS	10
4.1 Diárias	10
4.2 Definições	11
4.3 Acomodações	11
4.4 Composições das diárias	12
4.4.1 DIÁRIAS NORMAIS:	12
4.4.2 DIÁRIASESPECIAIS:	12
4.5 Taxas de sala	12
4.5.1 Taxas de salas (dentro do centro cirúrgico)	12
4.5.2 Taxa de sala ambulatorial (fora do centro cirúrgico)	13
4.6 Outras Taxas de Serviços	14
4.6.1 Taxa de Aplicação de Medicamentos	14
4.7 Gasoterapia	14
4.8 Taxas de Utilização de Equipamentos	15
4.8.1 Taxa de utilização de Equipamentos Oftalmológicos:	15
4.8.2 Taxas de Vídeo:	15
4.9 Notas Complementares	15
4.10 Os materiais descartáveis constantes da lista que se segue NÃO remunerados pelo credenciante por já estarem contidos no valor das taxas globais ou dos procedimentos ou, ainda, devido a aquisição ser de responsabilidade do beneficiário:	16
5. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL	18
5.1 QUANTO AO PREPARO E FORNECIMENTO: NUTRIÇÃO PARENTERAL PEDIÁTRICA EADULTO	18
6. PACOTES	18
6.1 Exames e Procedimentos de Imagem	18
6.2 Pacotes de Radioterapia	19
6.3 Assistência em Pronto Socorro de 3h até 6h:	19
6.4 Pacotes de Oftalmologia	19
6.5 Oxigeno terapia Hiperbárica:	19
6.6 Exames cardiológicos	19
6.7 Procedimentos de Eletrofisiologia Invasiva	19
6.8 Cirurgias Cardiovasculares (Não inclui honorários)	19
6.9 Pacotes de Cirurgias e Procedimentos Médicos Diversos	19
6.10 Programa de Atendimento Domiciliar e Programa de Internação Domiciliar –PAD e PID	19
6.11 Transportes especializado de pacientes:	20
6.12 Exames Anatomopatológico:	20
ANEXO A	21
ANEXO B	46



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXERCITO BRASILEIRO
31º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
(R I de linha do MA e SC/1772)
“BATALHÃO PERIBEBUI”**

**REFERENCIAL DE VALORES DE SERVIÇOS
DE SAÚDE PROCESSO ADMINISTRATIVO (NUP)
Nº 0080622.00003405/2019-57**

1. APRESENTAÇÃO

Este documento faz parte do processo administrativo NUP Nº 0080622.00003405/2019-57 e objetiva discriminar as tabelas, índices, valores e conceituações dos Serviços Médico – Hospitalares, Terapias e Exames Complementares, para o Credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), tendo como entidade credenciadora o 31º Batalhão de Infantaria Motorizada.

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 nos outros capítulos deste 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, conforme o descritivo dos pacotes. Os honorários médicos em geral não estarão inclusos nos pacotes; exceto em casos específicos discriminados nos mesmos.

Para todos os serviços aqui acordados, faz-se necessário, para sua cobrança, a anexação da Guia de Encaminhamento emitida pelo FuSEx ao pedido médico emitido por profissional do 31º Batalhão de Infantaria Motorizada; quando emitido por profissional não pertencente ao quadro do Exército, deve ser homologado pela Seção de Triagem ou pela Seção de Auditoria Médica, ambas do 31º Batalhão de Infantaria Motorizada. Com relação à solicitação de exames de apoio ao diagnóstico é obrigatório constar a indicação do exame na solicitação médica. Na guia de encaminhamento será exigida a assinatura do beneficiário ou de seu responsável. Em situações de urgência / emergência ou quando da indisponibilidade do sistema para gerar a guia definitiva impressa, será emitida pelo 31º Batalhão de Infantaria Motorizada, uma Guia de Encaminhamento Provisória de preenchimento manual, devidamente assinada pelo profissional que emitiu a guia. A mesma é válida para fins de compromisso de pagamento desde que seja substituída por Guia definitiva na primeira oportunidade, em dias úteis, na seção FUSEX do 31º Batalhão de Infantaria Motorizada. Esta troca será de responsabilidade da OCS/PSA credenciada e deverá ser encaminhada na produção faturada juntamente com a guia provisória na qual constará a assinatura do beneficiário ou de seu responsável.

2. Atendimento Médico: Tabelas, Índices e Valores

Os procedimentos médicos, em geral, serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2014 (com UCO de R\$ 16,15), exceto as especialidades discriminadas neste Referencial. De uma forma geral obedecerão às instruções gerais de auditoria da CBHPM no que trata da majoração de honorário referente ao tipo de acomodação do beneficiário, exceto situações pontualmente especificadas.

2.1 – Consulta médica – Valores, Prazo de validade, Re-consulta:

A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

Quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser executados e apreciados nesse período de tempo, esse ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, nesse caso, ser considerado como uma nova consulta. Em geral, o prazo observado é até de 30 dias entre a consulta inicial e o retorno para a apresentação de exames.

Se, porventura esse retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada.

Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas.

2.2 Tabela de Consultas, visitas e pareceres médicos: de acordo com o ANEXO A deste Referencial de Valores.

2.3 Particularidades:

Visita hospitalar: Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária conforme o que estiver registrado em prontuário médico. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário a necessidade desta avaliação. O parecer deverá ser submetido à autorização pela equipe da auditoria, exceto em casos de comprovada urgência.

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

Oftalmologia: A consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo médico.

Psiquiatria: 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. Em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação de internação contendo o diagnóstico, período de internação e nome do hospital, estão previstas até três visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até uma por dia para pacientes graves e/ou agudos.

Imagem no apoio ao diagnóstico: Os exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias e ressonância magnética serão calculados por procedimento e não por incidência. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia. Exames que não preveem o uso de contraste, somente terão o contraste remunerado se prescrito na requisição médica.

Hemodinâmica: os honorários médicos na área de Hemodinâmica serão remunerados por meio da tabela CBHPM 2014, com UCO de R\$ 16,15. Para os beneficiários em que o procedimento médico exija internação e que fazem jus à acomodação enfermagem e apartamento, o valor CBHPM será multiplicado por 2. Não se aplicando tal prática quando acordado em contrato os pacotes previstos nos itens correspondentes deste referencial.

Cirurgia Torácica: Os honorários médicos para esta especialidade serão remunerados por meio da tabela CBHPM 2014 (com UCO de R\$ 16,15). Para todos os beneficiários em que o procedimento exija internação, o valor será multiplicado por 2, caso a acomodação a qual o beneficiário faz jus seja apartamento. A taxa de vídeo será remunerada no valor de R\$ 600,00.

Urologia: Os procedimentos médicos na especialidade de urologia serão pagos de acordo com a tabela CBHPM 2014 (com UCO de R\$16,15).

2.4 Serviço de Anestesia: Os procedimentos anestésicos serão remunerados de acordo com o porte anestésico. Para o faturamento dos beneficiários que fizerem jus à acomodação apartamento e, em caso de procedimentos múltiplos e simultâneos, considerar as instruções da CBHPM 2014 (com UCO de R\$16,15). Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

2.5 Exames complementares:

Exames laboratoriais, Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT) em geral serão pagos em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM 2014 (com UCO de R\$16,15), com deflator de 14%. Será considerado para exames de anatomopatologia e microbiologia os valores especificados no ANEXO A deste referencial de valores.

2.6 Hemocomponentes:

Serão pagos conforme a CBHPM 2014 (com UCO de R\$16,15).

2.7 Medicamentos, Radiofármacos, Materiais Descartáveis e Dietas Enterais

Medicamentos e radiofármacos (exceto antineoplásicos)

Serão pagos, exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço de fábrica (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado da Paraíba (18%).

O faturamento destes medicamentos será proporcional à quantidade fracionada solicitada, prescrita e utilizada.

Faz-se necessário solicitação prévia de autorização da equipe de auditoria da credenciante para matérias com valoração igual ou superior a R\$ 800,00 e medicamentos, dietas enterais e parenterais e curativos a partir de R\$ 200,00.

2.7.1 Medicamentos Oncológicos:

Serão pagos, exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado da Paraíba. Sempre será considerada a relação de medicamentos com isenção do ICMS constante nas revistas BRASINDICE e SIMPRO.

Será pago o medicamento genérico, por dose fracionada, autorizada e administrada, de menor valor, pela tabela BRASÍNDICE ou SIMPRO.

As solicitações médicas deverão ser emitidas em formulário próprio destinado aos pedidos de quimioterapia e radioterapia. Este formulário está disponibilizado no anexo B deste referencial de valores.

2.7.2 Materiais descartáveis

Serão pagos, exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, de acordo com a revista SIMPRO, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) sem acréscimo ou deflator.

2.7.3 Dietas Enterais

Serão pagas, exceto as especificados no referencial de valores, ANEXO A, de acordo com o guia BRASÍNDICE ou SIMPRO, o que for de menor custo, referente ao período da prestação do serviço, de acordo com o Preço Fabricante (PF) e na coluna referente ao ICMS do estado da Paraíba.

2.8 Filme Radiológico

Será pago, exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, conforme valores recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, no valor de R\$ 23,36 (vinte e três reais e trinta e sete centavos) por m² (metro quadrado). Não será pago quando o exame estiver contemplado em pacote.

2.9 Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

Serão pagos, exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, conforme o fornecimento de 03 (três) orçamentos por fornecedores diferentes, que serão submetidos à lisura/auditoria prévia, e após autorizados, serão pagos à credenciada conforme comprovação de uso e Nota Fiscal acrescida de margem de comercialização especificada no ANEXO A ou sob valor pré-fixado, abaixo dos referenciados na revista SIMPRO, de acordo com tabela em anexo.

Para a análise dos três orçamentos será exigido o descritivo do material com os respectivos códigos de registro na ANVISA, SIMPRO, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora.

Para comprovação do uso de OPME deverá ser apresentado na fatura:

- Descritivo da cirurgia com a listagem dos materiais utilizados sendo validados pelo carimbo e assinatura do médico assistente e auxiliares;
- Invólucros originais com código de barras (para rastreamento);
- Para os materiais apresentados em caixas (em geral na ortopedia) anexar o invólucro da caixa e a película radiológica ou a digitalização da imagem para comprovação;
- Nos procedimentos de radiologia intervencionista e de hemodinâmica, anexar o CD com o “filme” do procedimento sempre que solicitado pelo credenciante;

- Apresentar junto à fatura a nota fiscal com os itens cobrados nominais ao paciente, com os mesmos códigos ANVISA e SIMPRO referidos nos invólucros e no orçamento. Para os itens pré-fixados em tabela, será dispensada a apresentação da nota fiscal do fornecedor nominal ao paciente. Tais itens constarão na fatura analítica do prestador do serviço credenciado.

- Não será permitida troca do material previamente autorizado por outro durante o procedimento, ainda que por de igual valor, sob pena de glosa. Poderá, excepcionalmente, ser autorizado quando houver intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

- Sempre que for necessário material extra ao autorizado, será necessário encaminhar para a seção de auditoria laudo médico detalhado justificando a necessidade, cópia do boletim de sala e descrição cirúrgica na qual será observada a intercorrência apresentada que possa vir ou não a justificar a não solicitação prévia.

- No momento do ato cirúrgico que envolva OPMEs, o médico auditor ou enfermeiro auditor do CREDENCIANTE poderá vir a acompanhar a realização do mesmo, in loco.

- Caso o 31º Batalhão de Infantaria Motorizada possua Ata de Registro de Preços (ARP) em vigor para o OPME contendo o item a ser utilizado, será dada preferência ao mesmo para fornecer o produto, que não será cobrado pelo CREDENCIADO. Neste caso incidirá sobre o valor da ARP, TAXA DE COMERCIALIZAÇÃO de no máximo 10% sobre o respectivo valor, o qual poderá ser cobrado pelo CREDENCIADO na fatura do respectivo hospital ou clínica.

2.10 - Serviços Odontológicos

Os procedimentos odontológicos previstos na legislação vigente e autorizados pelo Sistema de Saúde do Exército, terão como referência para pagamento a Tabela de Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos - VRPO 2013 com acréscimo de 3% (Associação Brasileira de Odontologia - Seção Distrito Federal – Regional Taguatinga), exceto os especificados no referencial de valores, ANEXO A, elaborado pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos com os valores atualizados, conforme descrito em Anexo A deste edital.

Para os procedimentos laboratoriais de Prótese Dentária, cumprindo a legislação vigente, o Sistema de Saúde do Exército não cobre ou financia próteses odontológicas, cabendo ao beneficiário arcar com esta despesa diretamente junto ao prestador.

3. TERAPIAS DE REABILITAÇÃO

3.1 Tratamento médico prolongado nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e psicopedagogia

Em casos que o paciente necessite, excepcionalmente, de prorrogação do tempo de tratamento, tal fato deverá ser explicitado por seu médico assistente em relatório médico mensal circunstanciado, do qual constem as **RAZÕES** (indicação clínica), data de início do tratamento, resultados (laudos) de exames complementares corroborando o parecer médico. Esse relatório deverá ser assinado pelo médico assistente e homologado pelo médico auditor.

Este referencial de valor irá seguir as normas da IR 30-38 e da Portaria 186 conforme artigos abaixo:

IR 30-38

Art. 34. O beneficiário do FuSEx tem direito ao atendimento nas áreas de psicomotricidade, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, dentro das prioridades estabelecidas no art. 13 desta IR devendo as despesas serem indenizadas conforme previsto no Anexo A.

Art. 37. Todos os casos de tratamento nas OCS e PSA deverão ser, possível reavaliados, periodicamente, por médico militar, emitindo-se o correspondente parecer formal, a fim de acompanhar os procedimentos realizados e estabelecer a necessidade de continuidade ou não do tratamento.

Art. 38. Para os casos de tratamento em OCS e PSA, ficam estabelecidos os seguintes limites de cobertura do FUSEx:

I – Para psicomotricidade, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional, em 8 (oito) sessões, por área, em um período de 30 (trinta) dias.

II – Para psicoterapia, em 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo em casos excepcionais, ser autorizada a realização de 4 (quarto) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico militar; e

III – número máximo de 200 (duzentas) sessões dentro de cada área, para o total do tratamento.

Parágrafo Único. Quando o paciente necessitar de tratamento que envolva mais de uma área de reabilitação, serão considerados os limites relativos a cada especialidade, separadamente.

Art. 39. Fica Fixado em 50 (cinquenta) minutos o tempo de duração de cada sessão, nas diferentes áreas de atendimento.

Art. 40. O atendimento de beneficiários portadores de necessidades educativas especiais será regulamento em IR específicas.

Portaria nº186

Art. 5º São consideradas pessoas com N Esp, para efeito destas IR, os beneficiários com deficiência (auditiva, física, mental, visual e múltipla), Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) e altas habilidades ou superdotação.

Art. 6º A assistência à saúde enfocada nos presentes IR será prestada por OCS/PSA contratados, credenciados ou conveniados, que têm como objetivo colaborar na reabilitação física, psicológica e psicopedagógica, específicas dos beneficiários com N Esp, de acordo com as seguintes áreas: psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, equoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais.

§ 1º Caberá ao médico especialista prescrever o tipo de reabilitação, definir o número de sessões e a duração do tratamento, por meio de laudos e avaliações semestrais, com a finalidade de comprovar a necessidade e a continuidade, ou não, do atendimento.

§ 2º A solicitação do médico especialista deverá ser analisada e homologada pela Comissão de Ética da OMS.

§ 3º Nas UG FUSEx que não dispõem de Comissão de Ética Médica, o pedido do especialista deverá ser analisado e homologado pelo médico da Seção de Saúde Regional da Região Militar de vinculação do beneficiário.

Art. 7º As terapias complementares contemplam o atendimento nas áreas de psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, equoterapia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais (métodos: ABA, Bobath, PROMPT, PECS, Kuevas Medek Exercises, TEACCH, PECS, SCERTS Model, Terapia de Integração Sensorial e TheraSuit).

§ 1º Para atendimento aos beneficiários contemplados por estas IR, não haverá limites estabelecidos para o número de sessões das terapias complementares.

§ 2º Os métodos de terapias especiais serão considerados inclusos em uma ou mais das áreas de terapias complementares.

§ 3º Os métodos de terapias especiais sem Medicina Baseada em Evidências (MBE) não serão cobertos pelo FUSEx.

Art. 8º Fica fixado em 40 (quarenta) minutos, no mínimo, o tempo de duração de cada sessão, nas diferentes áreas de atendimento das terapias complementares.

3.2. Fisioterapia

Para os Serviços de Fisioterapia serão considerados os itens e valores constantes na tabela de discriminação de valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

A fisioterapia prestada a pacientes internados está limitada a uma sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia, podendo ser estendida até 2 (duas) sessões de fisioterapia respiratória e 1 (uma) motora por dia para pacientes em apartamento e até 3 (três) sessões de fisioterapia respiratória e 2 (duas) motoras por dia para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva – UTI. O Coeficiente de Honorários Terapêuticos (CHF) vale R\$ 0,39 (trinta e nove centavos). Será aplicado o valor conforme descrito em Anexo A deste edital.

Para as sessões de fisioterapia ambulatoriais serão autorizadas pela CREDENCIANTE o limite máximo de até 08 (oito) sessões mensais por paciente.

É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento e, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão. O será efetuado diretamente pelo hospital, será analisado na conta hospitalar.

Para terapia ABA considerar a composição e valores descritos no ANEXO A .

3.3 Fonoaudiologia

Para os Serviços na área de Fonoaudiologia serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

Será autorizada pela credenciante o limite de 08 (oito) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas duas vezes por semana.

É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento e, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão. No caso de atendimentos hospitalares onde o faturamento será efetuado diretamente pelo hospital, será analisado na conta hospitalar.

3.4 Psicologia

Para os Serviços na área de Psicologia serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar, devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão. No caso de atendimentos hospitalares onde o faturamento será efetuado diretamente pelo hospital, será analisado na conta hospitalar.

Para psicoterapia, em 2 (duas) sessões em um período de 30 (trinta) dias, podendo, em casos excepcionais, ser autorizada a realização de 4 (quatro) sessões no mesmo período, mediante justificativa formalizada do profissional prestador do serviço, desde que homologada por médico militar.

3.4 Nutrição

Para os Serviços na área de Nutrição serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

A assistência nutricional é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 (trinta) dias.

3.5 Terapia Ocupacional

Para os Serviços de Terapia Ocupacional - serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada seja ambulatorial, hospitalar ou domiciliar devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento e, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão. No caso de atendimentos hospitalares onde o faturamento será efetuado diretamente pelo hospital, será analisado na conta hospitalar.

Será autorizada pela credenciante o limite de 08 (oito) sessões mensais por paciente, sendo estas realizadas duas vezes por semana

3.6 Acupuntura

Serão considerados os itens e valores constantes no ANEXO A deste referencial de valores.

É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada, devendo constar no verso da Guia de Encaminhamento, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão.

A autorização se dará preferencialmente para o tratamento da dor outras indicações serão analisadas baseadas em evidências científicas que demonstrem sua efetividade.

Não contemplam tratamento para tabagismo, obesidade, insônia, estresse, tensão pré-menstrual, menopausa e depressão.

4. DIÁRIAS ETAXAS

4.1 Diárias

As diárias hospitalares serão remuneradas, conforme classificação do prestador (Tipo I, II e III) e terão os itens e valores contemplados no ANEXO A deste referencial de valores.

Os hospitais terão seus valores de diárias e taxas cobrados em grupos, de acordo com seu padrão de instalações e complexidade.

Hospitais do Grupo II: compreendem os Estabelecimentos de Saúde que disponibilizam atendimento nas áreas clínicas e cirúrgicas em caráter eletivo e de urgência/emergência. Poderão disponibilizar atendimento na área de cirurgia cardíaca e hemodinâmica em caráter eletivo.

Hospitais do Grupo I: compreendem os Estabelecimentos de Saúde cujas instalações e hotelaria e instalações são de alto padrão e cujo atendimento médico contempla todas as características do Hospital tipo II além de agregar tratamento de alta complexidade, de forma eletiva e de urgência/emergência nas áreas de neurocirurgia, hemodinâmica, cirurgia cardíaca e transplante de órgãos.

Clínicas: compreendem os Estabelecimentos de Saúde que disponibilizam atendimento nas áreas clínicas e cirúrgicas em caráter eletivo e de urgência/emergência, porém sem o regime de internação.

Hospital Psiquiátrico, de atendimento exclusivo para a especialidade psiquiátrica, em regime ambulatorial e de internação.

4.2 Definições

DIÁRIA HOSPITALAR: É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia com tolerância de até 2 (duas) horas.

Para efeito de faturamento será paga a diária da admissão e não a da alta, excetuando-se os casos de óbito.

DAY CLINIC ou DAY HOSPITAL: Períodos inferiores a 12 horas e superiores ao período de observação, serão cobrados meia diária. É uma forma de atendimento para os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar.

ISOLAMENTO: É a permanência de um paciente com cobertura prévia para enfermaria, em quarto privativo, por indicação médica precisa, mediante processo infeccioso grave, por germes multirresistentes. Faz-se necessária a prévia autorização da auditoria. A estadia de paciente em leito diferente da sua cobertura por conveniência do prestador, profissional assistente ou da família não serão acatadas pelo FuSEx.

DESPESAS COM ACOMPANHANTE: a alimentação do acompanhante será custeada, conforme anexo A da IR 30-38, somente no caso de paciente menor de 18 ou maior de 60 anos de idade. Fora desses limites a alimentação deverá ser cobrada pela CREDENCIADA diretamente do acompanhante ou responsável.

Será necessária apresentação do comprovante da despesa com refeição devidamente assinado pelo acompanhante, junto com a fatura hospitalar.

4.3 Acomodações

- **Apartamento com Ar condicionado:** composto de quarto com ar condicionado, banheiro privativo, acomodação (sofá-cama e poltrona) para acompanhante e nas credenciadas que disponha de maternidade, berço próprio para o recém-nascido no próprio quarto da mãe.

- **Berçário:** quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada ou não).

- **Enfermaria:** composto de quarto coletivo para dois ou mais pacientes, com banheiro comum e com cadeira para os acompanhantes e acomodação para o recém-nascido, quando necessário.

- **Isolamento em Enfermaria:** composto por quarto e banheiro privativo, com equipamentos de isolamento protetor.

- **UTI:** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente.

- **Alojamento Conjunto:** acomodação do recém-nascido no aposento da mãe.

4.4 Composições das diárias

4.4.1 DIÁRIAS NORMAIS: considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermaria, berçário normal e hospital-dia.

O valor da diária compreende: Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio); Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; Troca de roupa de cama e banho; Serviços e cuidados de enfermagem (incluído todas as técnicas de enfermagem); Higienização do paciente; Desinfecção ambiental; Preparo do paciente para procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêuticos (tricotomia, enteróclise, lavagem gástrica, venóclise, cateterismos, entre outros); Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; sensor para oxímetro; Lavagem e esterilização do instrumental e salas; Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia). Assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta; Equipamentos de proteção individual como gorros, máscaras e luvas de procedimento; Taxa administrativa. Transporte de equipamentos (raios x, eletrocardiógrafo, ultrassom, ecocardiógrafo, etc). Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas. Alimentação após 6 horas em caso de paciente em pronto socorro.

O valor da diária normal, não compreende: Materiais, Medicamentos e OPME (Órteses, Prótese e Materiais Especiais); Honorários Médicos; SADT.

Opções de conforto: Caso o paciente seja transferido para berçário ou Unidade Especial (UTI, UTI neo-natal), o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao prestador dos serviços de saúde (hospital ou clínica).

4.4.2 DIÁRIAS ESPECIAIS:

4.4.2.1 BERÇÁRIO: O valor da diária compreende: Todos os descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (incubadora, berço aquecido ou berço).

4.4.2.2 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS exceto a refeição para acompanhante; Leito próprio (comum ou especial); Desfibrilador/Cardioversor, Bomba de infusão, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo, Monitor cardíaco, Respirador, Monitor multifuncional e paramétrico, Monitor de pressão venosa central, Eletrocardiógrafo, Bomba de alimentação enteral e parenteral e Nebulizador, Monitor de pressão não invasiva.

4.4.2.3 UTI NEONATAL: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Todos os itens descritos no item BERÇÁRIO; Todos os itens descritos no item UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, acrescido de fototerapia.

OBS: De uma forma geral, dar-se-á a contratação de diárias de UTI neonatal preferencialmente por conta aberta.

O valor da diária especial não compreende: materiais, medicamentos e OPME; Honorários Médicos; SADT.

4.5 Taxas de sala

4.5.1 Taxas de salas (dentro do centro cirúrgico)

As Taxas de salas serão remuneradas, conforme classificação do prestador com itens e valores especificados na tabela de discriminação ANEXO A deste referencial de valores.

4.5.1.1 Taxa de Sala Cirúrgica e Obstétrica: A Taxa de sala será remunerada de acordo com o porte cirúrgico/obstétrico da tabela CBHPM, estabelecido pelo tempo de duração do procedimento, com base nas anotações em sala (cirurgião e Anestesiologista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas. Compreende: Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, etc.); Rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos (exceto campos cirúrgicos específicos que necessitarão de auditoria prévia ao procedimento) e compressas cirúrgicas, lavagem; Todos os equipamentos e instrumental apropriado e necessário para cirurgia; Aspirador elétrico ou a vácuo, Cardioversor / Desfibrilador, Capnógrafo, Monitor Multiparamétrico, Monitor cardíaco, Oxímetro de pulso, Bisturi elétrico, Respirador, Bombas de Infusão, Aparelho de anestesia; Taxa de instalação de oxigênio; Mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do RN; Cuidados de higiene do RN; Assepsia e antisepsia (equipe e paciente), inclusive antissépticos e materiais; Instalações físicas (sala e ambientes de apoio); Instrumental apropriado para cirurgia; Limpeza e esterilização de instrumental; Limpeza e desinfecção ambiental. Não compreende: Demais materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima; Honorários Médicos; SADT.

4.5.1.2 Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica: O valor da Taxa de Sala de Recuperação Pós Anestésica está incluso no valor da sala cirúrgica quando incluir um período de até 04 horas após o término do procedimento. A taxa de recuperação pós anestésica somente deverá ser paga a parte quando existir no hospital uma sala equipada e destinada para esse fim, e com apresentação da ficha de recuperação pós anestésica devidamente preenchida e assinada pelo anestesista, conforme Portaria nr 400 do MS de 06/12/1977. Não compreende: Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos no item 4.5.1.1; Honorários Médicos; SADT.

4.5.2 Taxa de sala ambulatorial (fora do centro cirúrgico)

As Taxas de sala ambulatorial serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

4.5.2.1 Sala de Observação: destinada aos pacientes que necessitem permanecer de 3 à 6 horas em sala. **Compreende:** Instalações físicas (sala para atendimento indiferenciado e ambiente de apoio); Limpeza de desinfecção ambiental; Rouparia (permanente ou descartável); Serviço de enfermagem do atendimento; assepsia e antisepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Mesa principal e leito p/ observação; Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente.

4.5.2.2 Sala de Pequenos Procedimentos: Destinada aos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório. **Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais: Assepsia e antisepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Leito p/ observação; Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente. **Não compreende:** Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT.

4.5.2.3 Sala de Gesso: Destinada à confecção de gesso. **Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais: Serra p/ retirada de gesso.

4.5.2.4 Sala de Imobilização não Gessada: Destinada à confecção de imobilizações não gessadas. **Compreende:** Todos os itens descritos no item SALA DE OBSERVAÇÃO e mais material necessário para a imobilização.

4.5.2.5 Sala de Endoscopia / Colonoscopia: Sala utilizada para realização de Endoscopia/Colonoscopia. Inclui a utilização de todos os equipamentos necessários, serviços de enfermagem e materiais de esterilização

e desinfecção. Os honorários médicos, medicamentos e materiais descartáveis utilizados serão cobrados a parte.

4.5.2.6 Sala de Reanimação e Emergência: Ambiente destinado à assistência do paciente de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, cujos agravos necessitem de atendimento imediato utilizando-se técnicas complexas de assistência. Compreende: Instalação da sala; Serviço de enfermagem do procedimento; Equipamentos/Instrumental Cirúrgico; Equipamentos/Instrumental de Anestesia; Equipamentos para monitorização; Equipamentos/Instrumental de ressuscitação/intubação; Equipamentos/Instrumental para ventilação manual; Desfibrilador, Cárdioversor.

4.5.2.7 Sala de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista: Destinada à realização de procedimento de Hemodinâmica e Radiologia intervencionista (realização de exames invasivos como cateterismo cardíaco e outros). Compreende: Instalação da sala; Equipamentos referentes aos procedimentos; Serviço de enfermagem do procedimento; Desfibrilador; Equipamentos/Instrumental Cirúrgico; Equipamentos/Instrumental de Anestesia; Equipamentos para monitorização.

4.5.2.8 Taxa de Sala de Quimioterapia: A taxa só será cobrada em caso de pacientes em tratamento ambulatorial; e no valor das taxas deverão estar incluídos: sala de preparo do quimioterápico, quimioterapia sessão, serviço de enfermagem, uso de materiais de desinfecção do ambiente e de cosméticos, paramentação de toda a equipe, curativos pequenos e médios e EPIs; Não cabe a cobrança desta taxa de sala, para a simples administração de medicamento via oral, subcutânea ou intramuscular. Nestes casos cobrar a taxa de aplicação de medicamentos.

4.6 Outras Taxas de Serviços

As Taxas de serviços serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

4.6.1 Taxa de Aplicação de Medicamentos: Destinada à administração de medicamentos injetáveis (venosa, intramuscular ou subcutânea) em caráter ambulatorial, urgência ou emergência. Compreende: A aplicação do medicamento e os insumos, tais como bolas de algodão, álcool, luva, máscara, gorro e propés. Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, inclusive antissépticos; Não compreende: Outros materiais de consumo descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT.

4.6.2 Taxa de Curativo Simples: Destinada à realização de curativo simples em qualquer área do corpo. Compreende: A realização do curativo e os insumos necessários tais como PVPI, Clorexedine, esparadrapo, luva, máscara, gorro e propés. Assepsia e antissepsia da equipe de enfermagem, inclusive antissépticos. Não compreende: Outros materiais de consumo (descartáveis ou não); Pomadas, produtos líticos, cicatrizantes e/ou curativos especiais (hidrocolóides, filmes, bacteriostáticos, etc). Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos, Honorários Médicos; SADT. Não contempla curativo de grandes queimados.

4.7 Gasoterapia

As Taxas de gasoterapia serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme anotação em prontuário. Será utilizado como referência o valor equivalente à uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada.

A nebulização compreende o uso de oxigênio ou ar comprimido, máscara, serviço de enfermagem, materiais, soluções e medicamento bronco dilatadores (Brometo de Ipratrópio e Bromidrato de fenoterol). Serão remunerados separadamente os corticoides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico.

4.8 Taxas de Utilização de Equipamentos

As Taxas de utilização de equipamentos serão remuneradas, conforme classificação do prestador. Não serão pagas as taxas de equipamentos inclusas nas diárias específicas e nas taxas de sala conforme o discriminado no ANEXO A este edital.

4.8.1 Taxa de utilização de Equipamentos Oftalmológicos:

As Taxas de utilização de equipamentos oftalmológicos serão remuneradas, conforme classificação do prestador, excetuando-se quando já haver previsão no porte da CBHPM configurado pela Unidade de Custo Operacional (UCO).

4.8.2 Taxas de Vídeo:

As Taxas de vídeo serão remuneradas, conforme classificação do prestador.

4.9 Notas Complementares

4.9.1 Os gases serão pagos conforme o tempo de utilização, permitindo o fracionamento de no mínimo quinze minutos;

4.9.2 Equipo de bomba de infusão não será pago para manter veia e, nos casos de soroterapia, salvo quando for em neonato ou adulto com restrição hídrica;

4.9.3 Exames complementares que forem de alto custo, que não forem de urgência terão que ter autorização da seção de auditoria do 31º Batalhão de Infantaria Motorizada;

4.9.4 Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução com assinatura do respectivo médico assistente, caso o paciente passe a ser acompanhado por outro médico deverá ser comunicado ao convenio;

4.9.5 Não será pago coleta de exames pelo hospital ou terceiros;

4.9.6 Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior ao indicado;

4.9.7 Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem e anexo de invólucros em prontuário médico;

4.9.8 Na taxa de nebulização está incluída o uso de gases;

4.9.9 No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples;

4.9.10 Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário;

4.9.11 A visita do nutrólogo deverá ser paga 1 a cada 3 dias em caso de dieta enteral e diária em caso de parenteral desde que comprovada em prontuário, será aceita somente do nutrólogo e não da nutricionista;

4.9.12 Sonda vesical de demora e sonda enteral somente com prescrição médica e checagem da enfermagem. Em caso de troca deverá haver justificativa; a sonda nasoenterica será paga uma por internação. Sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 dias ou com justificativa médica; Sua embalagem deverá estar anexada ao prontuário;

4.9.13 Não será paga taxa de equipamento quando estiver previsto, na tabela CBHPM, o Custo Operacional dos procedimentos;

4.10 Os materiais descartáveis constantes da lista que se segue **NÃO** remunerados pelo credenciante por já estarem contidos no valor das taxas globais ou dos procedimentos ou, ainda, devido a aquisição ser de responsabilidade do beneficiário:

4.10.1 Álcool 70% ou iodado;

4.10.2 Absorvente higiênico e fraldas;

4.10.3 Aquecedor e manta térmica. **(Poderá ser pago para pacientes pediátricos, neonatos e geriátricos e em cirurgias de grande porte de acordo com a análise da equipe de auditoria);**

4.10.4 Bandeja para raquianestesia;

4.10.5 Odorizador de ambiente (Bom ar);

4.10.6 Borracha de silicone;

4.10.7 Borracha para aspirador;

4.10.8 Cabo bipolar;

4.10.9 Camisa para microcâmera;

4.10.10 Campo cirúrgico (operatório) descartável; **(Poderá ser pago em situações excepcionais de acordo com a análise da equipe de auditoria);**

4.10.11 Caneta para bisturi descartável;

4.10.12 Capa para microscópio;

4.10.13 Chuca/chupeta;

4.10.14 Cidex;

4.10.15 Cinta lombar;

4.10.16 Compressa cirúrgica;

4.10.17 Conexão para aspiração, bomba e pressão;

4.10.18 Conector;

4.10.19 Colchão tipo caixa de ovo, colchão térmico ou d'água;

4.10.20 Tampa para soro (Combi-red);

4.10.21 Cotonete (previsto pagar apenas para oftalmologia);

4.10.22 Cotonoide (previsto pagar apenas para neurocirurgia);

- 4.10.23** Creme dental;
- 4.10.24** Dome p/ transdutor de pressão ref; 129ck-020;
- 4.10.25** Eletrodo descartável;
- 4.10.26** Escova descartável com degermante;
- 4.10.27** Espéculo descartável;
- 4.10.28** Esponja para banho;
- 4.10.29** Faixa elástica pós operatória;
- 4.10.30** Filme endoscópico;
- 4.10.31** Filtro respirador;
- 4.10.32** Formol;
- 4.10.33** Frascos para exames;
- 4.10.34** Gancho de iris;
- 4.10.35** Gel para biométrica;
- 4.10.36** Gerador de tecnecia;
- 4.10.37** Germpol;
- 4.10.38** Gesso sintético;
- 4.10.39** Gorro, máscara, propé, avental, capote e calça;
- 4.10.40** Lâmina para tricotomia;
- 4.10.1** Lanceta;
- 4.10.2** Latex;
- 4.10.3** Lençol descartável;
- 4.10.4** Luva para aparelho de laparoscopia;
- 4.10.5** Manteiga de cacau;
- 4.10.6** Mercurio de prata;
- 4.10.7** Ostedlite;
- 4.10.8** Palito de laranjeiras;
- 4.10.9** Papa lixo;
- 4.10.10** Pasta gel;
- 4.10.11** Pijama descartável;
- 4.10.12** Placa para bisturi;
- 4.10.13** Plug adaptador macho;
- 4.10.14** Sabonete;
- 4.10.15** Sensor infantil/neonatal;
- 4.10.16** Sensor para oxímetro;
- 4.10.17** Subgalato de bisnuto;

4.10.18 Toalha descartável;

4.10.19 Trava interlink;

4.10.20 Tubo de coleta para lâmina de vidro para microscópio;

4.10.21 Atadura de crepom: será pago somente quando houver indicação. Em caso de contenção no leito, será pago apenas quando devidamente prescrito pelo médico responsável;

4.10.22 Bolsa de colostomia Karaya drenável, **será paga uma a cada sete dias e em caso justificado pelo enfermeiro;**

4.10.23 Cateter de acesso central: Para pagamento, deverá constar na prescrição e evolução médica, sua embalagem deverá estar anexada em prontuário. Sua troca será coberta em caso de hiperemia do local ou sinais de infecção sistêmica associada à punção. A embalagem deverá ser anexada.

5. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

A avaliação técnica profissional do responsável pela confecção da fórmula da nutrição, bem como o acompanhamento/adequação diária das necessidades do paciente, para administração de Nutrição Parenteral será realizada na Unidade Hospitalar onde o paciente estiver sendo assistido. As solicitações dos pareceres para indicação de Nutrição Parenteral deverão ser feitas pelo Médico Assistente que estiver acompanhando o paciente no estabelecimento de saúde e a referida prescrição deverá ser feita pelo nutrólogo, gastroenterologista, Neuro-cirurgião ou intensivista.

5.1 QUANTO AO PREPARO E FORNECIMENTO: NUTRIÇÃO PARENTERAL PEDIÁTRICA E ADULTO

A **Nutrição parenteral (NP)** é uma solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas. (Portaria nº 272 –ANVISA). O valor do ICMS para todos os itens sempre será de acordo com o estabelecido para o Estado da Paraíba.

A dieta parenteral especial, já industrializada, será paga de acordo com o guia Brasindice ou Simpro, o que for de menor valor, com o Preço Fabricante (PF).

Para formulações **pediátricas**, haverá a fixação de preço pelo volume de bolsa:

6. PACOTES

6.1 Exames e Procedimentos de Imagem

OBS: Os exames e procedimentos de imagem serão baseados na Tabela CBHPM 2014, com UCO de R\$ 16,15).

Procedimentos com necessidade de Anestesia:

Considerar o pacote de anestesia para procedimentos de imagem descrito no ANEXO A deste referencial de valores. Os honorários do anestesista serão pagos diretamente ao prestador credenciado para este serviço, exceto nos casos em que a credenciada possuir anestesista próprio.

6.2 Pacotes de Radioterapia

Terão os itens especificados no ANEXO A deste referencial de valores. As solicitações médicas deverão ser emitidas em formulário próprio destinado aos pedidos de quimioterapia e radioterapia. Este formulário está disponibilizado no anexo B deste referencial de valores. Será baseado na CBHPM 2014 com UCO de R\$ 16,15.

6.3 Assistência em Pronto Socorro de 3h até 6h:

A composição e valor contemplado em pacote conforme o descritivo constante no ANEXO A deste referencial de valores.

6.4 Pacotes de Oftalmologia

Valores contemplados em pacote conforme o descritivo constante no ANEXO A deste referencial de valores.

Observação: Incluem os honorários médicos e dos anestesistas quando a credenciada possuir.

6.5 Oxigeno terapia Hiperbárica:

Será pago conforme CBHPM 2014, UCO R\$ 16,15.

OBS: É imprescindível a assinatura do beneficiário/responsável a cada sessão realizada devendo esta constar no verso da Guia de Encaminhamento, estando o pagamento da fatura condicionado à comprovação da realização da sessão.

6.6 Exames cardiológicos

Serão baseados na Tabela CBHPM 2014 5ª Edição com UCO de R\$16,15 exceto os pacotes contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

6.7 Procedimentos de Eletrofisiologia Invasiva

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

Somente honorários dos arritmologistas. Valores fixos, independente do tipo de acomodação.

6.8 Cirurgias Cardiovasculares (Não inclui honorários)

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

6.9 Pacotes de Cirurgias e Procedimentos Médicos Diversos.

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

6.10 Programa de Atendimento Domiciliar e Programa de Internação Domiciliar –PAD e PID

O Programa de Atenção Domiciliar, PAD é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar a outras já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, prestadas em domicílio. Cabe à gerência técnica do PAD, o controle e

operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio de acordo com as demandas do paciente e mediante autorização do Médico Auditor do FuSEx.

O gerente do PAD deve possuir estreita ligação com os familiares e/ou com o Cuidador, que é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o paciente, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

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 (respiratório, digestivo, tegumentar e geniturinário), avaliação do domicílio e de recursos necessários para atendimento, além de classificação NEAD.

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

Poderão ainda ser realizados, procedimentos pontuais executados por profissional de enfermagem, e locação de equipamentos, desde que devidamente autorizados pelo Médico Auditor do FuSEx:

6.11 Transportes especializado de pacientes:

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.

6.12 Exames Anatomopatológico:

Valores contemplados no descritivo constante do ANEXO A deste referencial de valores.



MINISTÉRIO DA DEFESA
 EXERCITO BRASILEIRO
 31º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
 (R I de linha do MA e SC/1772)
 “BATALHÃO PERIBEBUI”

ANEXO A

Nota explicativa sobre a negociação de parâmetros para contratação de OCS/PSA entre o 31º BIMtz e as OCS/PSA credenciadas e demais OCS credenciáveis da Região de Campina Grande - PB.

	REFERENCIAL DE VALORES 31 BIMTZ 2024	VALOR AUTORIZADO
1.0	Honorários Médicos. Exceto quando explicitado neste referencial.	CBHPM 2024 UCO R\$ 16,15
1.1	Consulta geral em consultório ou pronto socorro	R\$ 105,00 (+ 30% urgência/ Emergência)
1.2	Consulta em consultório com especialista, exceto especificado abaixo	R\$ 110,39
1.3	Consulta Neurologista e Neurocirurgião	R\$ 186,76
1.4	Consulta com Cirurgião de cabeça e Pescoço	R\$ 135,83
1.5	Consulta Cirurgia do Aparelho Digestivo	R\$ 129,33
1.6	Consulta cirurgia bariátrica	R\$ 139,33
1.7	Consulta Vascular	R\$ 113,37
1.8	Consulta com Psiquiatra	R\$ 180,39
1.9	Consulta em Cirurgia Pediátrica	R\$ 134,83
1.10	Consulta Geriatria	R\$ 112,66
1.11	Consulta Neuropediatria	R\$ 218,00
1.12	Consulta Oftalmologista	R\$ 117,00
1.13	Consulta Urologista	R\$ 129,00
1.14	Consulta Angiologista	R\$ 108,37
1.15	Consulta Geriatria	R\$ 112,66
1.16	Consulta Ginecologia - Inclusa coleta de Lâmina	R\$ 123,37
1.17	Consulta Pediatria	R\$ 165,09
1.18	Consulta Proctologia	R\$ 115,50
1.19	Consulta Nutricionista	R\$ 80,00
1.20	Consulta Nutricionista Infantil	R\$ 80,00
38	PEDIATRIA	
38.2	Terapia Ocupaciona (ABA, Bobath e/ou integração sensorial) - 45 min	R\$ 80,00
38.3	Fisioterapia com BOBATH - 60 min	R\$ 80,00

38.4	Nutrição consulta	R\$ 73,50
38.5	Educação Física com psicomotricidade - 30 min	R\$ 70,00
38.7	Método Denver	R\$ 50,00
38.6	Psicologia Infantil	R\$ 80,00
2.0	ONCOLOGIA	
2.1	Terapia Oncológica com altas doses - Planejamento e 1º dia de tratamento - 7A	R\$ 464,82
2.2	Terapia Oncológica com aplicação de medicamentos por via intracavitária ou intratecal - por procedimento 4C	R\$ 266,16
2.3	Terapia Oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - planejamento e 1º dia de tratamento 4B	R\$ 235,60
2.4	Terapia Oncológica - Planejamento e 1º dia de tratamento 4A	R\$ 215,22
2.5	Terapia Oncológica - Por dia subsequente de tratamento 1C	R\$ 43,47
2.6	Terapia Oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - por dia subsequente de tratamento 2A	R\$ 57,96
2.7	Terapia inalatória - Por nebulização 1A	R\$ 14,49
3.0	PACOTES RADIOTERAPIA	
3.1	Radioterapia Queloide até 10 cm	R\$ 7.760,00
3.2	Radioterapia Queloide de 10-20cm	R\$ 7.760,00
3.3	Radioterapia de Queloide acima de 20cm	R\$ 7.760,00
3.4	Radioterapia de Corpo Inteiro - por tratamento	R\$ 14.505,38
3.5	Radioterapia de Meio Corpo (HBI) - por dia de tratamento	R\$ 487,44
3.6	Radioterapia de Pele Total - Por tratamento	R\$ 17.577,37
3.7	Radioterapia Estereotáxica - 1 dia de tratamento	R\$ 8.579,02
3.8	Radioterapia Estereotáxica - dia subsequente	R\$ 453,65
3.9	Radioterapia intra-operatória - por tratamento	R\$ 16.107,49
3.10	Radioterapia externa de Ortovoltagem (Roentgenterapia)- por campo	R\$ 43,35
3.11	Colimação Individual - 1 por incidência Planejada	R\$ 336,35
3.12	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional - 1 por volume tratado	R\$ 1.888,89
3.13	Sistema de imobilização de cabeças (máscara) ou membros - 1 por tratamento	R\$ 246,37
3.14	Sistem de imobilização tórax, abdômem, ou pélvis - 1 por tratamento	R\$ 615,59
3.15	Braquiterapiaendolumial de alta tava de dos (BATD) por Inserção	R\$ 485,00

3.16	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual e Megavoltagem), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 14.982,57
3.17	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual e Megavoltagem), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 16.084,24
3.18	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou de mais de quatro isocentros - por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual e Megavoltagem), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 16.608,02
3.19	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) – por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual e Megavoltagem), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 25.213,97
3.20	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com acelerador Linear – por tratamento OBS: Planejamento computadorizado ou comp. tridimensional, Imobilizadores (da área a ser tratada), Filmes de verificação, Colimação Individual e Megavoltagem), estão incluídos no valor do procedimento principal.	R\$ 17.578,02
3.21	Planejamento de tratamento computadorizado - 1 por volume tratado	R\$ 463,68
3.22	Planejamento de tratamento simples (Não computadorizado) - 1 por volume tratado	R\$ 383,72
3.23	Simulação de tratamento complexo (com tomografia e com contraste) - 1 por volume tratado	R\$ 401,64
3.24	Simulação de tratamento intermediário (com tomografia) - 1 por volume tratado	R\$ 315,90
3.25	Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizada) - 1 por volume tratado	R\$ 236,49
3.26	Sistem de imobilização tórax, abdomem, ou pélvis - 1 por tratamento	R\$ 615,59

3.27	Braquiterapia intersticial de alta taxa de dose (BATD) por inserção	R\$ 3.234,62
3.28	Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) por inserção	R\$ 3.234,62
3.29	Filme de Verificação (Cheque Filme) de Braquiterapia - 2 por inserção - Filme à parte	R\$ 43,35
3.30	Colocação ou retirada de cateter - 1 colocação e 1 retirada por inserção	R\$ 732,29
3.31	Planejamento Computadorizado de Braquiterapia - 1 por inserção	R\$ 509,77
3.32	Planejamento computadorizado tridimensional de braquiterapia - 1 por inserção	R\$ 1.888,89
3.33	Simulação de Braquiterapia - 1 por inserção	R\$ 432,43
4.0	EXAMES LABORATORIAIS	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15(DEFLATOR DE 14%)
4.1	Toxicológico	R\$ 165,33
4.2	Zikavirus IgG	R\$ 214,83
4.3	Zikavirus IgM	R\$ 214,83
4.4	Sorologia para COVID IgG/IgM	R\$ 214,83
5	DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
5.1	PARA TODAS AS RADIOGRAFIAS, EXCETO AS ESPECIFICADAS ABAIXO:	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.1.1	Colangiografia Intraoperatória/ pós operatória pelo dreno	R\$ 79,20
5.1.2	Rx Abdomem Agudo	R\$ 64,35
5.2	PARA TODAS AS ULTRASSONS, EXCETO AS ESPECIFICADAS ABAIXO	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.2.1	US Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$ 143,55
5.2.2	US Obstétrica com translucência Nucal	R\$ 143,55
5.2.3	US Obstétrica convencional com doppler colorido	R\$ 133,65
5.2.4	US Obstétrica gestação múltipla com doppler colorido - Cada Feto	R\$ 78,27
5.2.5	US torácico extracardiaco	R\$ 135,00
5.2.6	US trasncraniana c/ doppler	R\$ 195,10
5.2.7	US Transfontanela com doppler colorido	R\$ 195,10
5.3	DENSIOMETRIA	
5.3.1	Densimetria Ossea - 2 segmentos - coluna e fêmur	R\$ 180,00
5.3.2	Densimetria óssea - corpo inteiro	R\$ 190,00
5.3.3	Densimetria Ossea - 1 segmento	R\$ 127,17
5.4	MAMOGRAFIA	
5.4.1	Mamografia convencional bilateral	R\$ 120,00
5.4.2	Mamografia Digital Bilateral	R\$ 215,00
5.4.3	Mamografia Digital Unilateral	R\$ 95,00
5.5	PUNÇÕES E BIOPSIAS	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.6	ECOCARDIOGRAMA	

5.6.1	Ecodopplercardiograma fetal com mapeamento de fluxo em cores - por feto	R\$ 331,00
5.6.2	Ecodopplercardiograma trasntorácico	R\$ 304,99
5.7	ELETROENCEFALOGRAMA	
5.7.1	Eletroencefalograma em vigília, sono espontâneo ou sono induzido	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.7.2	Eletroencefalograma especial - terapia intensiva, morte	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	
5.8.1	Angiotomografia Arterial ou Venosa	R\$ 521,25
5.8.2	Para Todas as Tomografias Computadorizadas Diagnósticas	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 15%)
5.9	ANESTESIA	
5.9.1	Anestesia 2 exames	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
5.9.2	Anestesia 3 exames	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15(DEFLATOR DE 10%)
5.9.3	Anestesia geral	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.9.4	Anestesia mais 3 exames	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.9.5	Anestesia Ressonância	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
5.10	RESSONÂNCIA acrescentado ao valor do exame, quando o mesmo for COM contraste Itens Inclusos: Todas as taxas, serviço de enfermagem, materiais descartáveis, medicamentos e contrastes utilizados no exame. Itens Exclusos: Exame, Anestesista e intercorrências. Observação: O valor do pacote mat/med será remunerado apenas 01 vez, independente do número de regiões anatômicas examinadas.	R\$ 690,00
5.10.1	Para Todas as Ressonâncias Magnéticas Diagnósticas	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 50%)
6	ODONTOLOGIA	
6.1	Para todos os Procedimentos Odontológicos	VRPO 2013 + 3%
6.9.1	Instalação implante unitário - planejamento + fase cirurgica	R\$ 960,00
7	RADIOGRAFIA ODONTOLÓGICA	
7.1	Telerradiografia com traçado e análise	R\$ 81,00
7.2	RX da ATM - 3 incidências	R\$ 126,00
7.3	Tomografia Maxila e Mandíbula completa	R\$ 450,00
7.4	Panorâmica com laudo	R\$ 68,44
7.5	RX periápicaais, interproximais	R\$ 15,29
7.6	Carpal com Análise - Punho e mão	R\$ 71,68
7.7	Fotografia Unidade	R\$ 14,15

7.8	Documentação Ortodôntica completa - 8 fotografias, pasta, panorâmica, Telerradiografia com traçado, caixa plástica e CD	R\$ 189,00
7.9	Modelo de estudo sem boráx	R\$ 41,93
7.10	Tomografia 01 região	R\$ 180,00
7.11	Tomografia 02 regiões	R\$ 200,00
7.12	Tomografia 03 regiões	R\$ 262,50
7.13	Tomografia ATM - duas posições - boca aberta / boca fechada	R\$ 347,29
7.14	Escaneamento intra oral	R\$ 123,82
8	FONOAUDIOLOGIA:	
8.1	Consulta em unidade hospitalar	R\$ 52,65
8.2	Teste da Orelhinha	R\$ 40,50
8.3	Consulta / Anamnese / Avaliação	R\$ 65,00
8.4	Sessão de Fonoaudiologia - 45min	R\$ 65,00
8.5	Teste da Linguinha	R\$ 47,17
9	NUTRIÇÃO:	
9.1	Consulta / Anamnese / Avaliação	R\$ 63,00
10	PSICOLOGIA:	
10.1	Consulta / Anamnese	R\$ 58,40
10.2	Avaliação Psicológica	R\$ 68,94
10.3	Avaliação Psicológica para porte de arma de fogo Obs - independente do número de sessões.	R\$ 115,43
10.4	Psicomotricidade individual ou em grupo	R\$ 56,86
10.5	Psicoterapia individual	R\$ 58,00
10.6	Psicoterapia em paciente internado	R\$ 63,00
10.7	Psicopedagogia - Avaliação	R\$ 68,25
10.8	Psicopedagogia - Acompanhamento	R\$ 50,26
10.9	Psicopedagogia - Acompanhamento	R\$ 50,26
11	ACUPUNTURA	
11.1	Sessão de acupuntura - incluso material	R\$ 33,08
12	TERAPIA OCUPACIONAL:	
12.1	Atendimento ABA - incluso comportamento em TRACH, PECs e Programa Individualizado com Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Natação, Atividade motora com Pedagogia, AVF's - 05 dias por semana - 20h/semana	R\$ 2.700,00
12.2	Atendimento ABA - incluso comportamento em TRACH, PECs e Programa Individualizado com Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Natação, Atividade motora com Pedagogia, AVF's - 03 dias por semana - 12h/semana	R\$ 1.620,00
12.3	Atendimento ABA - incluso comportamento em TRACH, PECs e Programa Individualizado com Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Natação, Atividade motora com Pedagogia, AVF's - 02 dias por semana - 8h/semana	R\$ 1.080,00
12.4	Consulta / Anamnese	R\$ 75,00

12.5	Atendimento Ambulatorial	R\$ 75,00
12.6	Atendimento Ambulatorial (Inclui integração sensorial)	R\$ 81,00
12.7	Avaliação Físio-Motora / Neuro-motora / Psicomotricidade	R\$ 54,00
13	FISIOTERAPIA	
13.1	Sessão de Fisioterapia orofacial	R\$ 36,86
13.2	Quiropraxia	R\$ 67,50
13.3	Assistência de fisioterapia domiciliar - por sessão - motora ou respiratória	R\$ 30,33
13.4	RPG	R\$ 45,00
13.5	Reabilitação vestibular	R\$ 31,50
13.6	Terapia Manual	R\$ 41,40
13.7	Atendimento fisioterapêutico nas alterações oculomotoras – exercícios oculomotores (por sessão)	R\$ 36,00
13.8	Cinesioterapia intensiva com vestes terapêuticas (3h de atendimento/dia)	R\$ 75,60
13.9	Disfunção neurofuncional - paciente com dependência total - ambulatório	R\$ 37,91
13.10	Disfunção neurofuncional - paciente com dependência parcial ou independente - ambulatório	R\$ 27,00
13.11	Disfunção locomotora - paciente independente ou com dependência parcial - nível ambulatorial	R\$ 27,00
13.12	Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em dois ou mais segmentos, associada ou não a ulcerações – nível ambulatorial	R\$ 46,80
13.13	Disfunção do sistema linfático e/ou vascular em um segmento, associada ou não a ulcerações – nível ambulatorial	R\$ 38,70
13.14	Paciente pré/pós-operatório, requerendo assistência fisioterapêutica preventiva e/ou terapêutica – nível ambulatorial	R\$ 31,59
13.15	Atendimento terapêutico para disfunções oncológicas	R\$ 31,59
13.16	Atendimento fisioterapêutico para preparação de coto na amputação unilateral ou bilateral	R\$ 48,60
13.17	Atendimento fisioterapêutico para treinamento protético na amputação unilateral ou bilateral	R\$ 63,00
13.18	Agulhamento seco (músculo)	R\$ 23,63
13.19	Sessão fisioterapia cardiovascular	R\$ 54,00
13.20	Sessão / avaliação fisioterapia respiratória	R\$ 54,00
13.21	Hidroterapia (Individual ou em grupo)	R\$ 48,23
13.22	Pilates em grupo	R\$ 40,00
13.23	Disfunção do sistema respiratório clínica ou cirúrgica atendida em programas de recuperação funcional cardiopulmonar, de forma individualizada ou em grupo – nível ambulatorial	R\$ 45,03

13.24	Disfunção do sistema cardiovascular clínica e/ou cirúrgica atendida em programas de recuperação funcional cardiovascular em grupo – nível ambulatorial	R\$ 45,03
14	CARDIOLOGIA	
14.2	HEMODINÂMICA	
14.2.1	<p>Honorários médicos. OBS: considerar 02 (duas) vezes a tabela e adicional de 30% (trinta por cento), sobre o valor para procedimentos de urgência/emergência realizados em horário especial (finais de semana, feriados, e o período noturno compreendido entre 19 e 07h). Nenhum dos Pacotes de Hemodinâmica incluem os honorários médicos ou anestesiológicos. Esses Serão remunerados conforme CBHPM. As diárias serão remuneradas diretamente ao Hospital.</p>	CBHPM 2014 UCO R\$16,15
14.2.2	<p>Pacote de Cateterismo Cardíaco DiagnósticoCÓDIGO CBHPM 30911079Incluso: Material (Curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos);Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros),OPME03 cateteres diagnósticos;01 introdutor radial;01 fio guia teflonado;01 fio guia hidrofílico,01 manifold,03 extensores [soro, pam, bomba] e01 extensor curto.TaxasTaxa de sala, Oxigênio, Instrumentador, Intensificador de imagem, Oxímetro e Polígrafo.</p>	R\$ 2.185,00

14.2.3	<p>Pacote de Angioplastia com implante de Stent CÓDIGO CBHPM 30912105,30912032, 30912261, 30912180 Incluso: Material (curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos). Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros). OPME: 03 cateteres terapêuticos, 01 introdutor radial, 01 fio guia teflonado, 01 fio guia hidrofílico, 01 fio guia de troca, 01 ineflador, 01 manifold, 03 extensores [soro, pam, bomba], 01 extensor curto e 01 balão 01 Stent Farmacológico Taxas: Taxa de sala, oxigênio, instrumentador, intensificador de imagem de imagem, oxímetro, polígrafo, taxa de aspirador, bituri, bomba de infusão, monitor e carro de anestesia).</p>	R\$ 14.850,00
---------------	--	---------------

14.2.4	<p>Pacote de Arteriografia de membro inferior (01 membro):CÓDIGO CBHPM 40812057Incluso:Material (curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos)Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros),OPME01 Cateter diagnóstico PIGTAIL,01 cateter vertebral,01 cateter vascular simmons,01 introdutor,01 fio guia hidrofílico stiff,01 fio guia teflonado01 Extensor Curto01 Extensor de Bomba01 Seringa para infusão01 Conector YTaxas:(Taxa de sala, oxigênio, instrumentador, intensificador de imagem, oxímetro e polígrafo)</p>	R\$ 2.100,00
14.2.5	<p>Pacote de Arteriografia de membro inferior (02 membros): CÓDIGO CBHPM 40812049 Inlcuso: Material (curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos). Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros); OPME 01 Cateter diagnóstico PIGTAIL, 01 cateter vascular vertebral, 01 cateter vascular simmons, 01 introdutor, 01 fio guia hidrofílico stiff, 01 fio guia teflonado) Taxas (Taxa de sala, oxigênio, instrumentador, intensificador de imagem, oxímetro e polígrafo)</p>	R\$ 2.970,00

<p>14.2.6</p>	<p>Pacote de Estudo Eletrofisiológico - CÓDIGO CBHPM 30918014, 30918022, 30911044. Incluso: Material (curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos), Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros), OPME: 01 Cat. Diagn. decapolar, 01 cabo conector p/ cat. Diagn. decapolar, 02 introdutores femorais 7-F) Taxas (Taxa de sala, oxigênio, instrumentador, int de imagem, oxímetro e polígrafo)</p>	<p>R\$ 17.900,00</p>
<p>14.2.7</p>	<p>STENT FARMACOLÓGICO – Unidade STENT FARMACOLÓGICO – Unidade extra STENT CONVENCIONAL - Unidade</p>	<p>farmacologico - 7.000,00/ unidade extra 3.000,00</p>
<p>14.2.8</p>	<p>Pacote de Angiografia CÓDIGO CBHPM: 40812049, 40812030, 40812057, 40812065, 4082073 Incluso: Material - Curativo, Anti-sepsia, Sutura, Descartáveis, Kits Cirúrgicos Medicação - Antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes, outros OPME: 01 Cateter diagnóstico PIGTAIL; 01 Cateter Vascularvertebral; 01 Cateter Vascularesimmons; 01 Introdutor.</p>	<p>R\$ 2.070,00</p>

14.2.9	Pacote de Ablação CÓDIGO CBHPM 30912016, 30918014, 30918022, 30912164, 30918057 Inlcuso: Material (curativo + anti-sepsia+ sutura + descartáveis + kits cirúrgicos) Medicação (antibióticos, anestésicos, antihipertensivos, contrastes e outros), OPME01 Cat. Diagn. decapolar, 01 cat. Diagn. de ablação, 01 cat. Diagn. quadripolar, 01 cabo conector p/ cat. Diagn. decapolar, 01 cabo conector p/ cat. Diagn. de ablação, 01 cabo conector p/ cat. Diagn. quadripolar, 03 introdutores femorais 7-F, e 01 agulha de punção transeptal) Taxas (Taxa de sala, oxigênio, instrumentador, int de imagem, oxímetro, polígrafo, gases medicinais, taxa de aspirador, bisturi e bomba de infusão)	R\$ 23.600,00
14.3	EXAMES CARDIOLÓGICOS	
14.3.1	ECG	R\$ 36,97
14.3.2	Ecocardiograma	R\$ 246,75
14.3.3	Mapa	R\$ 170,81
14.3.4	Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - analógico	R\$ 151,88
14.3.5	Holter de 24 horas - 2 ou mais canais - digital	R\$ 200,00
14.3.6	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	R\$ 159,12
14.3.7	Teste ergométrico convencional - 3 ou mais derivações simultâneas (inclui ECG basal convencional)	R\$ 145,00
15	OFTALMOLOGIA	
15.1	EXAMES	
15.1.1	Para todos os Exames Oftalmológicos	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15
15.2	PACOTES	
15.2.1	Pterígio com Transplante (cada olho) INCLUSOS: honorários cirurgião, honorários 1º auxiliar, materiais, medicamentos, taxas hospitalares. Excluído: Honorários anestesiológicos	R\$ 1.800,00

15.2.2	Facetomia por Facoemulsificação com implante de LIO (Nacional) Código CBHPM: 30.305.02-7 INCLUI - LIO, taxas, materiais, medicamentos e Honorários (Exceto Anestesta) Realizado nas Instalações da OCS. Padrão Mínimo da LIO - Lente Intraocular de Acrílico Hidrofóbico dobrável	R\$ 3.708,60
15.2.3	Tratamento Ocular Quimioterápico com anti-angiogênico (aplicação de lucentis) - INCLUSO: Honorários Médicos, Aplicação do antiangiogênico de qualquer marca/fabricante, materiais, soluções, medicamentos, gases, taxas de sala, taxa sala de observação, taxas de equipamentos. Quando realizados em ambos os olhos, será remunerado em 100% o primeiros olho e 70% no segundo olho.	R\$ 4.453,70
15.2.4	Cirurgia Refrativa (cada olho) INCLUSOS: honorários cirurgião, honorários 1º auxiliar, materiais, medicamentos, taxas hospitalares.	R\$ 1.960,00
15.3	DIÁRIAS E TAXAS OFTALMOLÓGICAS	
15.3.1	Enfermaria A (2 a 3)	R\$ 131,95
15.3.2	Apartamento C/ Ar Condicionado	R\$ 197,95
15.3.3	Dayclinic Cirúrgico Enfermaria	R\$ 75,02
15.3.4	Dayclinic Cirúrgico Apartamento	R\$ 75,02
15.3.5	Diária para Observação Clínicas	R\$ 72,33
15.3.6	Diária de Acompanhante	R\$ 21,98
15.4	TAXA DIVERSAS OFTALMOLOGIA	
15.4.1	Observação 6h Enfermaria	R\$ 55,13
15.4.2	Observação 6h Apartamento	R\$ 55,13
15.4.3	Crio	R\$ 32,60
15.4.4	Crio para Retina	R\$ 64,59
15.4.5	Repouso na Emergência	Incluso tx observação
15.4.6	Desfibrilador p/ Aplicação	Incluso tx de Sala e Diárias
15.4.7	Sala Cirúrgica Porte 0	R\$ 133,89
15.4.8	Sala Cirúrgica Porte 1	R\$ 228,59
15.4.9	Sala Cirúrgica Porte 2	R\$ 284,03
15.4.10	Sala Cirúrgica Porte 3	R\$ 401,96
15.4.11	Sala Cirúrgica Porte 4	R\$ 496,51
15.4.12	Sala Cirúrgica Porte 5	R\$ 551,65
15.4.13	Sala Cirúrgica Porte 6	R\$ 638,26
15.4.14	Sala Cirúrgica Porte 7	R\$ 682,89
15.4.15	Sala Recuperação Pós Anestésica	R\$ 75,02
15.4.16	Fibra Ótica	R\$ 41,60
15.4.17	Retinógrafo	R\$ 54,73
15.4.18	Lazer (sessão)	R\$ 213,88

15.4.19	Oxímetro de Pulso	R\$ 41,79
15.4.20	Bisturi Bipolar	R\$ 287,80
15.4.21	Bomba de Infusão	incluso tx sala
15.4.22	Monitor Cardíaco	incluso tx sala
15.4.23	Irrigador Controlado	incluso tx sala
15.4.24	Yaglaser	R\$ 400,00
16	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	
16.1	PARTOS	
16.1.1	Parto Cesária - apartamento	R\$ 6204,86 (com Honorários médicos) / R\$ 4500,00 (sem Honorários médicos)
16.1.2	parto Cesária - Enfermaria	R\$ 6204,86 (com Honorários médicos) / R\$ 3500,00 (sem Honorários médicos)
16.1.3	Parto Normal - Apartamento	R\$ 6204,86 (com Honorários médicos) / R\$ 4100,00 (sem Honorários médicos)
16.1.4	Parto Normal - Enfermaria	R\$ 6204,86 (com Honorários médicos) / R\$ 3000,00 (sem Honorários médicos)
16.2	PACOTES OBSTERÍCIA	
16.2.1	Pacote Histeroscopia Diagnóstica Inclusos: Honorários médicos, Materiais descartáveis, medicamentos, taxas de equipamentos, vídeo, instrumentais e salas Excluso: Anestesista	R\$ 522,00
16.2.2	Pacote Histeroscopia Cirúrgica Inclusos: Materiais Descartáveis, medicamentos, taxas de equipamentos, vídeo, instrumentais e salas Excluso: Honorários Médicos, Anestesista e OPME	R\$ 1.045,44
17	GASTROENTEROLOGIA / CIRURGIA GERAL	
17.1	EXAMES GÁSTRICOS	
17.1.1	Para todos os exames Gástricos	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
17.2	PACOTES GASTROENTEROLOGIA	
17.2.1	Colonoscopia com ou sem biópsia. Incluso: Honorário, aluguel do aparelho, taxas e todo o material e medicamento necessários para a realização do procedimento, inclusive anestésicos	R\$ 660,00
18	UROLOGIA	
18.1	EXAMES	CBHPM 2014 UCO R\$ 16,15 (DEFLATOR DE 10%)
20	HEMODIÁLISE – POR SEÇÃO	

20.4	Sessão de Hemodiálise em Pacientes Crônicos1 CÓDIGO CBHPM 3.09.09.14-7 Serviço Profissional + Serviços Hospitalares + Materiais + Medicamentos.	R\$ 850,00
18.2	PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS	
18.2.1	RTU Bexiga Itens Inclusos: 01 diária, todas as taxas, materiais descartáveis, gases e medicamentos durante o procedimento. OPME incluso: 01 evacuador de Ellik, 01 alça monopolar, honorário médico Itens Exclusos: Anestesista. Intercorrências	R\$ 7.250,00 (APARTAMENTO) R\$ 7.000,00 (ENFERMARIA)
18.2.2	RTU Prostátaltens Inclusos: 02 diárias de apartamento, todas as taxas, materiais descartáveis, gases e medicamentos durante o procedimento. OPME incluso: 01 evacuador de Ellik, 01 alça monopolar ou bipolar, honorário médico. Itens Exclusos: Anestesista. Intercorrências.	R\$ 7.250,00 (APARTAMENTO) R\$ 7.000,00 (ENFERMARIA)
18.2.3	Uretrorrenolitotripsia Rígida (com ou sem de duplo J) Itens Inclusos: 01 diária, todas as taxas, OPME, materiais descartáveis, gases e medicamentos durante o procedimento, honorário médico. Itens Exclusos: Anestesista. Intercorrências.	R\$ 7.800,00 (APARTAMENTO) R\$ 7.650,00 (ENFERMARIA)
18.2.4	Uretrorrenolitotripsia Flexível (dilatação, Colocação e retirada de duplo J) Itens Inclusos: 01 diária, todas as taxas, OPME, materiais descartáveis, gases e medicamentos durante o procedimento, honorário médico. Itens Exclusos: Anestesista. Intercorrências. Observação: Em caso de dilatação, colocação e reitirada de duplo J, dentre outros pertinentes ao tratamento, não haverá remuneração de outro pacote no mesmo tempo cirúrgico. Para tais procedimentos, será remunerado apenas o relativo aos honorários médicos, que será pago conforme regras da CBHPM	R\$ 7.950,00 (APARTAMENTO) R\$ 7.800,00 (ENFERMARIA)
19	OTORRINOLARINGOLOGIA	
19.1	PACOTES	
19.1.1	Adenoamigdalectomia (Cód. 3.02.05.03-4) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS	R\$ 2.900,00

<p>19.1.2</p>	<p>Adenoidectomia (Cód. 3.02.05.04-2) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.900,00</p>
<p>19.1.3</p>	<p>Amigdalectomia das palatinas (Cód. 3.02.05.05-0) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.900,00</p>
<p>19.1.4</p>	<p>Uvolopalatofaringoplastia (Qualquer técnica) (Cód. 3.02.05.24-7) INCLUIDIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EX- CLUIINTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.697,25</p>
<p>19.1.5</p>	<p>Septoplastia (Qualquer técnica SEM vídeo (Cód. 3.05.01.36-9) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.6</p>	<p>Sinusectomia Maxilar (via endosal) (Cód. 3.05.02.20-9) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.7</p>	<p>Laringectomia Parcial (Cód. 3.02.06.12-0) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.500,00</p>

<p>19.1.8</p>	<p>Turbinectomia ou Turbinoplastia (Cód. 3.05.01.45-8) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.9</p>	<p>Etmoidectomia intranasal (Cód. 3.05.02.08-0) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.10</p>	<p>Sinusotomia frontal intranasal (Cód. 3.05.02.26-8)INCLUIDIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO.EXCLUINTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.11</p>	<p>Sinusotomia esfenoidal (Cód. 3.05.02.25-0) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.679,25</p>
<p>19.1.12</p>	<p>Epistaxe – Cauterização da artéria esfenopalatina com microscopia (Cód. 3.05.01.12-1) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.200,00</p>
<p>19.1.13</p>	<p>Epistaxe – Cauterização das artérias etmoidais com microscopia (Cód. 3.05.01.13-0) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS</p>	<p>R\$ 2.200,00</p>

19.1.14	Implante Coclear (Cód. 3.04.04.06-1) INCLUI DIARIAS, GASES, TAXAS, SERVIÇOS DE INFERMAGEM, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, MEDICAMENTOS, OPME E HONORÁRIO MÉDICO. EXCLUI INTERCORRÊNCIAS	R\$ 2.500,00
20	HEMODIÁLISE – POR SEÇÃO	
20.1	Hemodiálise Ambulatorial – HighVolume HDF (Alto Fluxo) Indicada para pacientes renais crônicos em programa de diálise, conforme protocolo específico.	R\$ 850,00
20.2	Pacote hemodiálise (30909031, 30909139, 30909147, 30909023) Inclusos: honorários médicos, materiais, capilar, medicamentos e taxas de equipamentos, máquinas de hemodiálise, de instrumentais e de sala.	R\$ 671,65
20.3	Sessão de Hemodiálise em Pacientes Crônicos1CÓDIGO CBHPM 3.09.09.03-1Serviço Profissional + Serviços Hospitalares + Materiais + Medicamentos.	CBHPM 2012 UCO R\$ 14,35
21	DIÁRIAS HEMODIÁLISE	
21.1	Apartamento com ar condicionado	R\$ 450,00
21.2	Enfermaria Enfermaria Day Hospital (Day clinic)	R\$ 85,00
21.3	Isolamento em UTI	R\$ 1.100,00
22	MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES	BRASÍNDICE OU SIMPRO (DEFALTOR 20%) (DEFLATOR DE 30% PARA EQUIPOS DA BRASÍNDICE VIGENTE NA DATA DE ATENDIMENTO)
23	ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)	
23.1	Menor valor entre 3 (três) orçamentos com NF + Taxa de comercialização	Tx comercialização 12%
24	DIETAS ESPECIAIS E OUTROS PRODUTOS NUTRICIONAIS INDUSTRIALIZADOS NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL PEDIÁTRICA E ADULTO	
24.1	Dietas Hospitalares	BRASÍNDICE OU SIMPRO (DEFALTOR 30%)
25	DIÁRIAS HOSPITALÁRES	
25.1	Berçário	R\$ 84,00

25.2	Isolamento em Enfermaria	R\$ 210,00
25.3	Diária de Acompanhante	R\$ 60,00
25.4	UTI Geral / Pediátrica/coronariana/neonatal	R\$ 990,00
25.5	Apartamento com alojamento conjunto	R\$ 415,00
25.6	Observação Médica 03h até 06h - Esta taxa refere-se a acomodação coletiva para pacientes que requeiram tratamentos clínicos sob observação médica, sem a necessidade de internação hospitalar. Não inclui refeições. Em caso de internação, a taxa não será remunerada.	R\$ 86,71
25.7	Apartamento com ar condicionado	R\$ 450,00
25.8	Enfermaria Enfermaria Day Hospital (Day clinic)	R\$ 85,00
25.9	Isolamento em UTI	R\$ 1.100,00
26	TAXAS DE SALA CIRURGICA E AMBULATORIAL	
26.1	TAXAS DE SALAS CIRÚRGICAS	
26.1.1	Sala Cirúrgica porte 0 ou para Quimioterapia (uso)	R\$ 226,07
26.1.2	Sala Cirúrgica porte 1 - Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 419,34
26.1.3	Sala Cirúrgica porte 2 - Pequena Cirurgia (uso)	R\$ 579,55
26.1.4	Taxa de sala Cirúrgica porte 3 - Média Cirurgia (uso)	R\$ 677,11
26.1.5	Taxa de sala Cirúrgica porte 4 - Média Cirurgia (uso)	R\$ 781,08
26.1.6	Taxa de sala Cirúrgica porte 5 - Grande Cirurgia (uso)	R\$ 873,38
26.1.7	Taxa de sala Cirúrgica porte 6 - Grande Cirurgia (uso)	R\$ 944,04
26.1.8	Taxa de sala Cirúrgica porte 7 - Grande Cirurgia (uso)	R\$ 1.018,85
26.1.9	Taxa de sala Cirúrgica Porte 8 - Especial (uso)	R\$ 1.049,32
26.2	SALAS AMBULATORIAIS	
26.2.1	Taxa de cirurgia ambulatorial (equivalente ao porte 0)	R\$ 220,87
26.2.2	Taxa de recuperação pós-anestésica uso	R\$ 183,66
26.2.3	Taxa de sala endoscopia (Urológica, digestiva, respiratória)	R\$ 33,97
26.2.4	Taxa de cirurgia ambulatorial (equivalente ao porte 0)	R\$ 161,73
26.2.5	Taxa de sala de quimioterapia/ infusão de medicações	R\$ 38,13
26.2.6	Taxa desfibrilador (fora UTI,CC,SRPA)	R\$ 65,00
27	TAXA DE CURATIVO AMBULATORIAL (EXCETO QUEIMADOS E CURATIVOS	
27.1	Curativo Grande Troca	R\$ 67,00
27.2	Curativo Médio Troca	R\$ 45,00
27.3	Curativo Pequeno	R\$ 37,00
27.4	Curativo Especial Troca	R\$ 77,21
28	TAXAS DE PROCEDIMENTOS DIVERSOS:	
28.1	Dissecção arterial / venosa	R\$ 36,75
28.2	Lavagem gástrica / intestinal	R\$ 57,33 (somente em P.S e Ambulatório)
28.3	Punção lombar / occipital	R\$ 57,75 (somente em P.S e Ambulatório)
28.4	Retirada de pontos	R\$ 25,00
28.5	Sondagem gástrica / vesical	R\$ 25,00

28.6	Tricotomia	R\$ 23,10 (Somente em Ambulatório)
28.7	Sala de gesso geral	R\$ 44,10
28.8	Taxa de pequenos procedimentos - Inclui: sala, equipe, paramentação, campos estéreis, enfermagem, equipamento/instrumental cirurgico, assepsia e EPI	R\$ 66,16
27	TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS (VÍDEO)	
28.3	Oxigênio pediátrico (tenda ou capacete) Hora	R\$ 24,04
28.4	Oxigênio respirador pediátrico Hora	R\$ 24,04
28.11	Óxido Nítrico Hora	R\$ 21,18
27.1	Aparelho de vídeo durante ato cirúrgico	R\$ 600,00
28	GASOTERAPIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	
28.1	Oxigênio por máscara/cateter, adulto Hora	R\$ 18,90
28.2	Oxigênio respirador adulto Hora	R\$ 28,98
28.5	Nebulização por sessão em 02 (15 minutos) Sessão	R\$ 9,65
28.6	Ar comprimido Hora	R\$ 16,38
28.7	Protóxido de azoto Hora	R\$ 85,05
28.8	Óxido Nitroso Hora	R\$ 110,00
28.9	Gás Carbônico Hora	R\$ 52,89
28.10	Nitrogênio	R\$ 31,07
29	TAXAS PELO USO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR	
29.1	Aspirador uterino	R\$ 94,62
29.2	Balão intra Aórtico	R\$ 379,65
29.6	Bomba de infusão (fora do Centro Cirúrgico/UTI e SRPA) Dia	R\$ 38,26
29.8	Craniótomo Uso	R\$ 20,00
29.14	Desfibrilador (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Uso	R\$ 64,28
29.16	Fototerapia (fora da UTI) Dia	R\$ 57,43
29.20	Laser Uso	R\$ 276,71
29.22	Monitor Cardíaco (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Dia	R\$ 103,28
29.27	Marcapasso cardíaco temporário Uso	R\$ 119,51
29.28	Microscópio Cirúrgico Uso	R\$ 161,55
29.34	Serra elétrica Uso	R\$ 65,54
29.35	Serra de Nitrogênio Uso	R\$ 85,86
29.41	Retinógrafo Uso	R\$ 122,00
29.44	Videolaparoscópio	R\$ 786,79
29.3	BIPAP (fora da UTI)	R\$ 39,57
29.4	Bisturi Polar (fora do centro cirúrgico)	R\$ 54,49
29.5	Bomba de circulação extra corpórea	R\$ 189,14
29.7	Capnógrafo (Enfermaria ou Apartamento por 24 h) Dia	R\$ 79,70
29.9	Cistoscópio Uso	R\$ 104,75
29.10	Criocautério Uso	R\$ 76,43

29.11	Colchão Caixa de ovo Dia	R\$ 77,21
29.12	Criodiatermia Oftálmica (aparelho) Uso	R\$ 56,49
29.13	Dermátomo Elétrico Uso	R\$ 54,56
29.15	Endolaser Uso	R\$ 170,72
29.17	Garrote Pneumático Uso	R\$ 93,95
29.18	Intensificador de Imagem (uso em Centro Cirúrgico) Uso	R\$ 298,94
29.19	Laparoscópio cirúrgico/diagnóstico Uso	R\$ 854,53
29.21	Manta térmica (uso em Centro Cirúrgico) Uso	R\$ 83,88
29.23	Monitor de pressão invasiva e não invasiva (fora do Centro Cirúrgico SRPA e UTI) - Dia	R\$ 51,15
29.24	Monitor de pressão Venosa/Arterial Central (invasiva) Dia	R\$ 51,15
29.25	Monitor de pressão Intracraniana Dia	R\$ 83,07
29.26	Marcapasso externo cirúrgico Uso	R\$ 140,05
29.29	Microscópio Oftalmológico Uso	R\$ 94,30
29.30	Oxímetro de pulso, 24 h, (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Dia	R\$ 34,88
29.31	Oxímetro de pulso, hora, (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Hora	R\$ 7,50
29.32	Respirador de pressão, 24 h, sem O2 (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Dia	R\$ 106,45
29.33	Respirador de pressão, hora, sem O2 (fora do Centro Cirúrgico, SRPA e UTI) Hora	R\$ 4,43
29.36	Tração esquelética Uso	R\$ 44,26
29.37	Trépano Elétrico Uso	R\$ 30,08
29.38	Vídeo Artroscópio cirúrgico/Diagnóstico Uso	R\$ 256,58
29.39	Vídeo Histeroscópio cirúrgico/Diagnóstico Uso	R\$ 620,11
29.40	Videoressectoscópio Uso	R\$ 846,66
29.43	Facoemulsificador Uso	R\$ 180,22
29.45	Trépano de Nitrogênio Uso	R\$ 36,25
33	DAS TAXAS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS	
33.7	Taxa de respirador Volume STELLAR 150 (diária) Dia	R\$ 64,00
33.8	Taxa de respirador Volume TRILOGY (diária) Dia	R\$ 107,00
33.10	Taxa de Nebulizador (diária) Incluso taxa de nebulização Dia	R\$ 3,33
33.11	Taxa de Oxímetro de pulso (diária) Dia	R\$ 3,47
33.12	Taxa de monitor cardíaco (diária) Dia	R\$ 10,48
31	PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	

31.1	Controle de Glicose; Lavagem Intestinal; Aplicação de medicação EV (antibioticoterapia)/SC/VO/IM; Punção Venosa Periférica, Retirada de pontos; Administração de Dieta, Fleet Enema; Coleta de Exames; Avaliação de enfermagem; gerenciamento de feridas: acompanhamento domiciliar e tratamentos de feridas crônicas ou não, realizados por um profissional enfermeiro especializado em feridas, obedecendo à classificação em graus de complexidade sugeridos pela equipe avaliadora que serão validados e acompanhados em conjunto com a clínica médica da contratante, onde serão definidos frequência de visitas e o tratamento adequado. Outros procedimentos avaliados ou sugeridos em comum	QUANDO NÃO INCLUSO NA DIÁRIA R\$ 67,62
32	DAS TAXAS DE PROFISSIONAIS - AVULSOS (Quando não contemplados nas diárias ou excedentes, e quando disponibilizados no corpo clínico)	
32.1	Visita Domiciliar Extra do Médico Assistente Visita	R\$ 189,00
32.2	Visita Domiciliar Extra do Médico Especialista Visita	R\$ 190,00
32.3	Visita Domiciliar do nutricionista Visita	R\$ 66,50
32.4	Visita Domiciliar Psicólogo (por sessão)	R\$ 52,25
32.5	Visita Domiciliar fonoaudiólogo (por sessão)	R\$ 38,00
33	DAS TAXAS DE ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS	
33.1	Taxa de Bomba de Infusão (diária) Dia	R\$ 19,95
33.2	Taxa de BIPAP (diária) Incluso circuito +kit Dia	R\$ 28,50
33.3	Taxa de CPAP (diária) Incluso circuito +kit Dia	R\$ 48,36
33.4	Taxa de Concentrador de Oxigênio 5L/mn(diária) Dia	R\$ 9,80
33.5	Taxa de Concentrador de Oxigênio 10L/mn(diária) Dia	R\$ 9,80
33.6	Taxa de respirador Volume SYNCHRONY (diária) Dia	R\$ 103,00
33.9	Taxa de aspirador elétrico (diária) Dia	R\$ 50,00
33.13	Aspirador Descartável	R\$ 11,00
34	GASOTERAPIA	
34.4	Oxigênio, Por Hora	R\$ 19,00
34.5	Óxido Nitroso, Por Hora	R\$ 70,00
34.6	Gás Carbônico, Por Hora	R\$ 45,00
34.1	Ar Comprimido, Por Hora	R\$ 16,38
34.2	Nebulização Máscara Com Ar Comprimido E Oxigênio, Por Hora	R\$ 20,00
34.3	Nebulização / Máscara Com Oxigênio, Por Hora INCLUSO ATROVENT, BEROTEC, OXIGÊNIO SOLUÇÃO	R\$ 15,40
34.7	Mistura De Gases No Respirador/Ventilador, Por Hora	R\$ 30,00

34.8	Oxigênio + Ar Comprimido No Respirador /Ventilador, Por Hora	R\$ 30,00
35	DO APREÇAMENTO DOS CURATIVOS E VENÓ-CLISE EM DOMICILIO A PACIENTES QUE NÃO ESTÃO EM REGIME DE HOMECARE	
35.1	Realizar curativo de pequeno porte	R\$ 35,00
35.2	Realizar curativo de médio porte	R\$ 50,00
35.3	Realizar curativo de grande porte	R\$ 70,00
35.4	Realizar desbridamento Instrumental conservador (lesão pequena)	NÃO REMUNERA
35.5	Aplicar bota de Unna, terapia compressiva e contensiva	NÃO REMUNERA
35.6	Utilizar terapias adjuvantes para tratamento de feridas pequenas, como LASER de baixa intensidade, Ultrassom, terapia por pressão negativa e ozonioterapia	NÃO REMUNERA
35.7	Utilizar terapias adjuvantes para tratamento de feridas médias, como LASER de baixa intensidade, Ultrassom, terapia por pressão negativa e ozonioterapia	NÃO REMUNERA
35.8	adjuvantes para tratamento de feridas grande, como LASER de baixa intensidade, Ultrassom, terapia por pressão negativa e ozonioterapia	NÃO REMUNERA
39	TERAPIA MÉTODO ABA - Análise do comportamento aplicada	
39.1	CONSULTAS	
39.1.1	Consulta Em Terapia Ocupacional - Aba	R\$ 120,00
39.1.2	Sessão Em Terapia Ocupacional - Aba	R\$ 120,00
39.1.3	Consulta Em Psicologia - Aba	R\$ 120,00
39.1.4	Sessão Em Psicologia - Aba	R\$ 120,00
39.1.5	Consulta Em Fonoaudiologia - Aba	R\$ 120,00
39.1.6	Sessão Em Fonoaudiologia - Aba	R\$ 120,00
39.2	TRATAMENTOS	
39.2.1	Consulta / Sessão - Psicologia Terapia Aba / Aba - Terapias Pediátricas Especiais (Com Diretriz Definida Pela Ans - Nº106 E 107)	R\$ 120,00
39.2.2	Consulta / Sessão - Terapia Ocupacional / Aba - Terapias Pediátricas Especiais (Com Diretriz Definida Pela Ans - Nº106 E 107)	R\$ 120,00
39.2.3	Consulta / Sessão - Fonoaudiologia Terapia / Aba - Terapias Pediátricas Especiais (Com Diretriz Definida Pela Ans - Nº106 E 107)	R\$ 120,00
39.2.4	Consulta / Sessão - Psicomotricidade Terapia / Aba - Terapias Pediátricas Especiais (Com Diretriz Definida Pela Ans - Nº106 E 107)	R\$ 110,25
39.2.5	Consulta / Sessão - Psicopedagogia Terapia / Aba - Terapias Pediátricas Especiais (Com Diretriz Definida Pela Ans - Nº106 E 107)	R\$ 110,25

39.2.6	Musicoterapia - Aba	R\$ 110,25
39.2.7	Psicomotricidade Aba	R\$ 110,25
39.2.8	Psicopedagogia Aba	R\$ 120,00
39.2.9	Sessão Integração Sensorial	R\$ 120,00
39.2.10	BOBATH	R\$ 120,00
39.2.11	ABA/PADS/DENVER	R\$ 120,00
39.2.12	PECS	R\$ 120,00
39.3	PACOTES	
39.3.1	Pacote De 1 A 6 Horas De Tratamento Por Semana Aba (Inclui Avaliação Multidisciplinar, Psicomotricidade , Musicoterapia)	R\$ 110,00/HORA
39.3.2	Pacote De 7 A 10 Horas De Tratamento Por Semana Aba (Inclui Psicomotricidade E Musitorerapia)	R\$ 110,00/HORA
39.3.3	Pacote De 11 A 20 Horas De Tratamento Por Semana Aba (Inclui Psicomotricidade, Musicoterapia E At Escola Ou Casa	R\$ 90,00/HORA
39.3.4	Pacote De 21 A 40 Horas De Tratamento Por Semana Aba (Inclui Psicomotricidade , Musicoterapia A At Escola Ou/E Casa	R\$ 80,00/HORA
39.3.4	PACOTE DE CONSULTA EM PRONTO SOCORRO OBS - NÃO REMUNERA SE FOR APENAS CONSULTA	R\$ 207,00
36	TRANSPORTE DE PACIENTE EM AMBULÂNCIAS - REMOÇÃO / EVACUAÇÃO (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTER-HOSPITALAR MOVEL) (QUANDO NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS)	
36.1	Remoção de paciente na região metropolitana de Campina Grande com médico em ambulância tipo UTI	R\$410,54 (IDA) R\$586,49 (IDA E VOLTA)
36.2	Remoção de paciente na região metropolitana de campina Grande sem médico em ambulância comum, com técnico em enfermagem	R\$195,82 (IDA) R\$326,37 (IDA E VOLTA)
36.3	Remoção de paciente na região metropolitana de Campina Grande até 100 Km (INTERMUNICIPAL)	R\$ 7,24 (ambulância tipo A) R\$ 11,84 (ambulância tipo D)
36.4	Remoção de paciente na região metropolitana de Campina Grande acima 100 Km(INTERMUNICIPAL)	R\$ 7,24 (ambulância tipo A) R\$ 11,84 (ambulância tipo D)
36.5	Remoção de paciente na região metropolitana de Campina Grande INTERESTADUAL	R\$ 7,24 (ambulância tipo A) R\$ 11,84 (ambulância tipo D)
36.6	Hora Parada	R\$ 100,00
37	PORTE ANESTÉSICOS - ENFERMARIA E APARTAMENTO	
37.1	Consulta	CBHPM 2012 UCO R\$ 14,35
37.2	PORTE 1	R\$ 304,48

37.3	PORTE 2	R\$ 401,10
37.4	PORTE 3	R\$ 655,91
37.5	PORTE 4	R\$ 969,80
37.6	PORTE 5	R\$ 1.523,12
37.7	PORTE 6	R\$ 2.094,30
37.8	PORTE 7	R\$ 2.846,98
37.9	PORTE 8	R\$ 3.759,31



MINISTÉRIO DA DEFESA
 EXERCITO BRASILEIRO
 31º BATALHÃO DE INFANTARIA MOTORIZADO
 (R I de linha do MA e SC/1772)
 “BATALHÃO PERIBEBUI”

ANEXO B

Prestador: _____ Prec-cp: _____

Nome do usuário: _____ Matrícula: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Médico: _____

Código (s) de Honorários:

Tipo de Tratamento: _____ Ambulatorial Internado
Se necessidade de hospitalização, justificar:

Tratamento Quimioterápico
 Finalidade: _____ *Neoadjuvante* *Adjuvante* *Paliativo* *Associado à Radioterapia*

Recidiva
 Tratamentos Anteriores (descrever drogas utilizadas)
 Data da Última recidiva/Progressão

Protocolo					
Sigla ou descrição:	Altura:	Peso:	Sup. Corporal:	Quantos ciclos:	
Ciclo Atual:				Ciclos Previsto:	

Medicamentos Pré e Qt	Dose p/ m ²	Unid	Dias	Dose total	Via Adm.

Tratamento Radioterápico					
			Dose total	Frações de dia	Nº de Campos
Tipo:	Exclusiva / Braquiterapia	Combinada com QT:	Paliativa:	Neo Adjuvane:	Adjuvante:
Aparelho:					

Tipo de Tratamento					
			Dose total	Frações de dia	Nº de Campos
Tumor Primário/Leito Tumoral					
Área de Drenagem Linfática					
Metástase					
Local Irradiado					
Braquiterapia c/ Anestesia			Sim:	Justificativa:	

Tipo de Tratamento	
Anestesia: Sim () Não ()	Justificativa:

Data da Solicitação:

Data da Autorização:

Assinatura e CRM do Médico Solicitante

Assinatura e CRM do Médico Auditor

Observação
Para que o Tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente

Campina Grande, PB, 12 de dezembro de 2023

FELIPE GUIMARÃES TANNURI FERREIRA LIMA FALCÃO – 1º TEN
Chefe da Comissão de Negociação de Valores de OCS/PSA

DESPACHO DO OD:

1. Aprovo o presente Referencial de Valores.
2. Determino aos interessados, tomem ciência dos valores a serem celebrados entre esta Organização Militar e as Prestadoras de Serviço Autônomo (PSA) e/ou Organização Social de Saúde (OCS), celebrados através do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2019, para o ano de 2024.

Campina Grande-PB, 16 de novembro 2023.

PABLO MOURA PINHEIRO – TEN CEL
Comandante do 31º Batalhão de Infantaria Motorizado