



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO MILITAR DO NORDESTE
10ª REGIÃO MILITAR
2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO
POSTO MÉDICO DE GUARNIÇÃO DE TERESINA

**TERMO DE REFERENCIA DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO FUNDO DE
SAÚDE DO EXÉRCITO/2º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 001/15-FUSEx

<p>ANEXO L</p> <p>TERMO DE REFERÊNCIA DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE</p>
--

PARA VIGÊNCIA A PARTIR DE 2016

SUMÁRIO

Item	Assunto	Página
1.	Apresentação	3 e 4
2.	Conceitos e Tabelas	4
	2.1 - Procedimentos Médicos	4 e 5
	2.2 - Visita Hospitalar	5 e 6
	2.3 - Parecer Médico	6
	2.4 - Internação em UTI	6
	2.5 - Fisioterapia em Pacientes Internados	6 e 7
	2.6 - Terapia Nutricional	7
	2.7 - Paciente Crônico	7
	2.8 - Procedimentos Clínicos/Cirúrgicas Sob Regime de Internação (Regras Gerais)	7 a 9
	2.9 - Procedimentos Clínicos/Cirúrgicos - Regras Específicas	9
	2.10 - Anestesia Não Prevista em Procedimentos Eletivos	9 e 10
	2.11 - Consultas	10 e 11
	2.12 - Radiodiagnóstico	11
	2.13 - Avaliação Pré-anestésica	11 e 12
	2.14 - Procedimentos Anestésicos	12
	2.15 - Gastroenterologia/Endoscopia/Videolaparoscopia	12 e 13
	2.16 - Alergologia	13
	2.17 - Oncologia	13
	2.18 Medicamentos, Radiofármacos e Materiais Descartáveis.	13 e 14
3.	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	14 a 27
4.	Fisioterapia, Nutrição e Consulta Médica	27
	4.2 - Fisioterapia em Geral	27
	4.3 - Fisioterapia Especializadas	27 e 28
	4.4 - Fonoaudiologia	28
	4.5 - Psicoterapia	28
	4.6 - Terapia Ocupacional/Terapia Psicopedagógica	28
	4.7 - Acupuntura	28
	4.8 - Orientações	28
	4.9 - Nutrição	28
	4.10 Consultas	28 e 29
5.	Definição de classificação de Hospital	29 e 30
6.	Diárias	30 a 33
7.	Taxas de Sala	34 e 35
	7.1.11 - Gasoterapia	35
8.	Taxas em Geral	35 e 36
9.	Taxas de Utilização de Equipamentos Oftalmológicos	36 e 37
10.	Nutrição Enteral e Parenteral	37

11.		Transferência de Pacientes Entre OCS Credenciadas	37 e 38
12.		Tabela de Procedimentos Odontológicos	38
	12.1 -	Cirurgia	38 e 39
	12.2 -	Radiologia	40
	12.3 -	Prevenção	40
	12.4 -	Odontopediatria	40 e 41
	12.5 -	Dentística	41
	12.6 -	Endodontia	41
	12.7 -	Ortodontia	41 e 42
	12.8 -	Periodontia	42 e 43
	12.9 -	Implantodontia	43
13.		Pacotes em Geral	43
	13.1 -	Pacotes de Exames	43 a 47
	13.2 -	Pacotes de Ressonância Magnética	47 e 48
	13.3 -	Pacotes de Psiquiatria	48
	13.4 -	Pacotes de Psicologia	48
	13.5 -	Pacotes de Ginecologia e Obstetrícia	48 e 49
	13.6 -	Pacotes de Oftalmologia	49
	13.6.1 -	Pacotes de Exames de Cirurgias Oftalmológicas	49 e 50
	13.7 -	Pacotes de Nefrologia (Tratamento Renal)	50
	13.8 -	Pacotes de Otorrinolaringologia	50
	13.9 -	Cirurgias Urológicas	50
14.		Normas Técnicas de Auditoria	50
15.		Procedimentos	51
16.		Regras Para Troca/Recomendações De Materiais Descartáveis	51 e 52
17.		Serviços de assistência e atendimento domiciliar (home care)	52 a 54
18.		Hematologia e Hemoterapia	55 a 57
19.		Tabela de Motivo de Glosa	57 a 65
20.		Orientações	65

1. APRESENTAÇÃO

1.1 - Este documento discrimina as tabelas, índices e valores, e conceituações necessárias, dos serviços hospitalares objeto dos Credenciamentos de Organizações Cíveis de Saúde e Profissionais de Saúde Autônomos, com o 2º Batalhão de Engenharia de Construção.

1.2 - Os serviços e respectivos valores estão apresentados na forma de pacotes contidos neste Anexo de Custos de Serviços de Saúde. Os serviços não empacotados terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nas Tabelas referenciados no Edital de Credenciamento neste Anexo:

1.3 - A composição dos pacotes será discriminada dentro das respectivas Tabelas, sendo que, de forma geral contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento.

1.4 - Para todos os serviços aqui acordados se faz necessária, para sua cobrança, a anexação da guia de autorização emitida pelo FUSEx acrescida nos casos de urgência/emergência, da solicitação homologada e autorizada pelos auditores do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC.

1.5 – Aplica-se ao presente anexo, de forma complementar, as disposições contidas na legislação emanadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e Conselhos de Classe pertinentes.

1.6 – O Referencial de custos de serviço de saúde deste anexo utiliza como parâmetro as tabelas próprias constantes neste anexo e os preços calculados com base nas cotações, Classificação Brasileira e Hierarquizada dos Procedimentos Médicos (CBHPM), revista Brasíndice, revista SIMPRO e as recomendações do Colégio brasileiro de Radiologia.

2. CONCEITOS E TABELAS.

2.1 - Procedimentos médicos

2.1.1 - HONORÁRIOS MÉDICOS - pagamento do procedimento executado pelo profissional responsável pelo atendimento do paciente. A Hierarquização de Procedimentos (CBHPM 5ª Edição) foi elaborada para servir de referência e estabelecer faixas de valoração dos atos médicos/Portes, sendo que os Portes, ao lado de cada procedimento, estabelecem comparação entre diversos atos médicos realizados, com base em critérios técnicos, complexidade e tempo de execução.

2.1.2 - A tabela de referência para o **pagamento dos honorários médicos** é a CBHPM 5ª Edição, **sem deflator**.

2.1.3 - Nas intervenções por **diferentes vias de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **70% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.4 - Nas intervenções de **mesma via de acesso** será adicionado ao Porte da cirurgia principal o valor equivalente a **50% do Porte** de cada um dos demais atos praticados.

2.1.5 - Os honorários do anestesta mantêm correspondência com os Portes dos atos cirúrgicos. O **ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada**, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de segmento em UTI.

2.1.6 - Os honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos serão pagos se efetivamente prestarem o serviço, sendo que o pagamento pelos serviços prestados poderá ser feito de forma independente dos honorários do cirurgião principal (temporalidade). São fixados nas seguintes proporções:

2.1.6.1 - Primeiro auxiliar: **30%** do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;

2.1.6.2 - Segundo e terceiro auxiliares: **20%** quando o ato exigir.

2.1.7- A **comprovação da participação de auxiliares** deverá ser realizada por meios dos documentos de registro do ato cirúrgico tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala, por meio de assinatura legível e carimbo, bem como complementada através de contato com o paciente, o acompanhante ou os familiares. Havendo ausência ou divergências de registro, inclusive com outra caligrafia, os honorários não serão pagos.

2.1.7.1 - Segundo o Código de Ética Médica, **constitui dolo** a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar (es).

2.1.8 - Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, o número de auxiliares será igual ao previsto para cada procedimento, conforme parametrizado na Tabela CBHPM/5ª Edição.

2.1.9 - Quando um **ato cirúrgico for parte integrada do outro** (atenção para vias de acesso que não podem ser pagas), **será valorado pelo FUSEx o ato principal** e não o somatório do conjunto.

2.1.10 - O atendimento do intensivista plantonista em UTI será remunerado por plantão de 12h.

2.1.11 - Estão incluídos nos Portes do plantonista de UTI: prescrição, evolução, intercorrências, intubação, monitorização, clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação, cardioversão, cardioscopia, assistência respiratória e punção de acesso venoso Central.

2.1.12 - Os pareceres médicos realizados em pacientes internados serão remunerados no mesmo código e valor da consulta.

2.1.13 -Medicamentos: Os valores dos medicamentos serão cobrados conforme publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice atualizado, não havendo PMC, será cobrado sobre o Preço de Fábrica, acrescido de 20% (vinte por cento);

2.1.14 -Os Materiais descartáveis serão pagos conforme acordos negociados (PACOTES) sobre tabela do fornecedor ou valores cobrados conforme publicados nas Revistas SIMPRO.

2.1.15 - Os exames/ procedimentos laboratoriais não constantes na CBHPM-2008-5ª Ed e ou no pacote constante do Anexo "L" deverão ser cobrado pela CBHPM 2014 com redutor de 20% para porte e UCO.

2.1.16 - Procedimentos diagnósticos laboratoriais terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 5ª Edição/2008, sem redutor para o PORTE e a UCO.

2.1.17 - Procedimentos diagnósticos radiológicos terão os custos previstos na Tabela de Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 5ª Edição/2008, com o redutor de 10% para o porte e o redutor de 20% para UCO, Para filmes será aplicado o valor de R\$23,37 (vinte e três reais e trinta e sete centavos). Valores acordados sobre a Tabela do Código Brasileiro de Radiologia, o metro quadrado (m²);

2.1.17.1 - Se houver necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela atual apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.1.17.2 - Exames que não prevêem o uso de contraste somente serão pagos à CREDENCIADA se prescrito e justificado na requisição médica, especificado se iodado ou não, e autorizado pelo médico auditor.

2.2 - VISITA HOSPITALAR –É o acompanhamento do paciente internado, pelo seu médico assistente.

2.2.1- Será pago 01 (uma) Visita Hospitalar por dia de internação nas áreas de clínica geral e/ou especializada. Será paga 01 (uma) Visita Hospitalar para cada 03 (três) dias de internação na área de psiquiatria.

2.2.2- Tendo em vista que os procedimentos cirúrgicos incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico, **não se paga a Visita Hospitalar** durante os 10 (dez) dias após internações cirúrgicas.

2.2.3–Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar a justificativa, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista. Nos casos de internações para procedimentos cirúrgicos de qualquer espécie, autorizados pela CREDENCIANTE, as visitas hospitalares do médico assistente serão pagas conforme previsto na CBHPM 5ª Edição, **sem redutor**.

2.2.4- Não se paga Visita Hospitalar em Paciente Internado na UTI, para o plantonista.

2.3 - PARECER MÉDICO – É a avaliação pontual efetuada por um especialista por solicitação do médico assistente, na busca de um melhor esclarecimento diagnóstico e/ou de conduta.

2.3.1 - A responsabilidade pelo atendimento desta necessidade do paciente é do prestador da OCS.

2.3.2 - O especialista deve emitir, após avaliar o paciente, o relatório contendo sua opinião profissional de maneira clara, assinado, carimbado, datado e anexado ao prontuário.

2.3.3 - O pagamento do parecer deve se dar mediante comprovação em prontuário (evolução ou formulário próprio) da avaliação.

2.3.4 - O parecer deve ser emitido em até 24h, após a solicitação médica.

2.3.5 - O parecer é pago somente uma vez, independentemente do local de atendimento.

2.3.6 – O FUSEx autoriza e remunera somente 02 (dois) pareceres por semana e para especialistas diferentes.

2.4 - INTERNAÇÃO EM UTI:

2.4.1 - Toda **internação em UTI exige autorização prévia**, sendo que nos casos de urgência/emergência a CONTRATADA deverá providenciar a regularização da internação no prazo máximo de 24h;

2.4.2 - Quando houver troca de acomodação de apartamento para UTI, a mesma dar-se-á mediante solicitação, da OCS e autorização do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC;

2.4.3 - No que diz respeito ao pagamento dos honorários profissionais, valem as seguintes regras:

2.4.3.1 - O acompanhamento pelo Intensivista Plantonista é pago por paciente, a cada 12 horas.

2.4.3.2 - O acompanhamento pelo Intensivista diarista (24 horas) será pago no valor estabelecido em tabela vigente, não sendo pago médico assistente.

2.5 – FISIOTERAPIAS EM PACIENTES INTERNADOS –É área responsável pelo tratamento de uma ampla variedade de doenças que causam algum grau de incapacidade.

2.5.1 - A assistência de fisioterapia deverá ser solicitada pelo médico assistente.

2.5.2 - Serão cobertos pela assistência em fisioterapia somente os procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos do FUSEx, ou seja, Fisioterapia Motora e Respiratória em Paciente Internado.

2.5.3 - A cobrança da assistência fisioterapêutica deverá ser efetuada mediante lançamento, na guia de serviços, dos códigos específicos para os fisioterapeutas, constantes na Tabela vigente do FUSEx.

2.5.4 - Nos casos de fisioterapia em paciente internado caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fisioterápica, a sua efetividade e resolutividade para o paciente, sendo objeto de auditoria pelo FUSEx.

2.5.5 - Podem ser cobrados, em concomitância, no máximo, dois códigos de procedimentos fisioterápicos a saber, um código para fisioterapia motora e um código para fisioterapia respiratória), desde que tecnicamente justificados pelo médico solicitante e autorizado pelo médico auditor do FUSEx.

2.6 - TERAPIA NUTRICIONAL –É o conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e/ou Enteral. Quando aplicada a pacientes internados é parte dos cuidados dispensados, que se soma ao tratamento clínico e/ou cirúrgico da doença de base, sendo um **tratamento complementar**, nos casos em que não há possibilidade de suprir as necessidades metabólicas do paciente através da alimentação natural.

2.6.1-Na Nutrição Enteral-NE o FUSEx cobre:

2.6.1.1 - Os Insumos;

2.6.1.2 - Equipos padrão = 01 (um) a cada aplicação;

2.6.1.3 - Enterofix = 01 (um) a cada aplicação.

2.6.2 -Na Nutrição Parenteral-NP O FUSEx cobre:

2.6.2.1 - Os Insumos;

2.6.2.2 - Equipos de bomba de infusão = 01 (um) por dia de aplicação;

2.6.2.3 - Taxa de uso de bomba de infusão = 01 (uma) por internação.

2.6.3 - A utilização da nutrição enteral ou parenteral pressupõe a justificativa técnica e a indicação para o uso destas terapias complementares, feitas pelo médico assistente.

2.6.4 - Na nutrição enteral o FUSEx paga a utilização de produto necessário para o suporte nutricional, conforme justificativa dos profissionais médico e nutricionista, mediante autorização prévia do Médico Auditor do FUSEx.

2.6.5 - Os produtos serão pagos de acordo com os valores constantes nas Revistas Brasíndice/Simpro da competência de atendimento ao paciente.

2.7 - PACIENTE CRÔNICO –É o portador de uma ou mais enfermidades, com quadro clínico estabilizado, sem possibilidade de cura com base no conhecimento científico médico atual, como por exemplo, o diabético, o hipertenso, os renais, etc. que, na maioria das vezes, estão em tratamento ambulatorial, podendo, por algum motivo, ter quadro clínico de descompensação, necessitando ou não de internação hospitalar. A determinação de cronicidade deve ser feita por avaliação criteriosa de um ou mais médicos, com conhecimento científico da(s) enfermidade(s) em questão.

2.8 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/CIRÚRGICOS SOB REGIME DE INTERNAÇÃO – REGRAS GERAIS

2.8.1 - As orientações gerais compreendem regras e parâmetros aplicáveis aos atos clínicos e cirúrgicos em geral, independente da especialidade.

2.8.2 - Todo tratamento sob regime de internação necessita de autorização prévia, dentro dos critérios estabelecidos pelo FUSEx/2º BEC. Nos casos de urgência/emergência a CONTRATADA deverá providenciar a regularização da autorização **nas primeiras 24 horasúteis (prazo máximo)**, contados a partir da efetivação da internação.

2.8.3 - Os pedidos de solicitação médica para autorização deverão conter: História clínica do paciente (Exame físico, idade, comorbidades e história da doença atual), situação clínica atual, exames complementares realizados, além de justificativa para solicitação. Para os medicamentos de alto custo, deverão ainda conter informações quanto ao princípio ativo, dose, período previsto de tratamento, posologia e, nos casos de troca, parecer da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

2.8.4 - Seguem os itens que necessitam de autorização prévia da auditoria médica:

- a. Prorrogação de internação;
- b. Fisioterapias;
- c. Medicamentos de alto custo;
- d. Colchão de ar;

- e. Acesso venoso central;
- f. Traqueostomia;
- g. Endoscopias;
- h. Colonoscopias;
- i. Ultrassonografias;
- j. Tomografias Computadorizadas;
- k. Ressonâncias Magnéticas;
- l. Broncoscopias;
- m. Procedimentos cirúrgicos com ou sem OPME;
- n. Hemodiálises;
- o. Paracenteses;
- p. Quimioterapias e Radioterapias;
- q. Nutrição enteral ou parenteral;
- r. Acompanhamento fonoaudiológico;
- s. Materiais e medicamentos com valores superiores a R\$ 100,00;
- t. Cintilografias;
- u. Transferência de paciente para outra OCS (Item 11, folha nº 51, Termo de referências de custos de serviços de saúde – Anexo L);
- v. Holter, Ecocardiogramas e MAPA;
- w. Confecção de estomas (Gastrostomia, Jejunostomia, etc)
- x. Curativos Especiais.
- y. Botas pneumáticas

2.8.5 - Mudança de procedimento de clínico para ato cirúrgico (**paciente já internado**) não se exige o encerramento da primeira internação (clínica) e a solicitação ao FUSEx, por motivo de intercorrência, para autorização do procedimento cirúrgico. Nesta situação, o médico assistente prescreve e justifica as mudanças e faz os registros nos documentos médicos obrigatórios, ou seja o prontuário médico, os relatórios cirúrgicos, etc.

2.8.6 - Honorários até o 10º (décimo) dia do pós-operatório: os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico realizado incluem os cuidados pré e pós-operatórios até o 10º (décimo) dia após o ato cirúrgico, **não cabendo o pagamento de Visita Hospitalar neste período, ao cirurgião**, conforme item 2.2.2.

2.8.7 - Quando houver reoperação tendo como motivo a mesma patologia que gerou a intervenção inicial, o FUSEx não paga novos honorários para a equipe cirúrgica se o novo ato cirúrgico ocorrer em até 24 horas após a primeira cirurgia.

2.8.7.1 - Novos procedimentos cirúrgicos neste prazo, não relacionados ao primeiro, serão remunerados conforme a tabela CBHPM/5ª Edição, nas condições estabelecidas no **item 2.1.2**, deste anexo (**Pág. 4**).

2.8.8 - Nos atos cirúrgicos eletivos ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões, a partir da mesma via de acesso, a valoração feita pelo FUSEx é a que corresponde a de maior Porte, acrescido de 50% (cinquenta por cento) do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

2.8.9 - Atos cirúrgicos e equipes diferentes: quando duas equipes distintas realizarem, simultaneamente, atos cirúrgicos diferentes, o pagamento dos procedimentos será feito a cada uma delas, de acordo com o previsto na Tabela.

2.8.10 -Procedimento integrante de outro: quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro (procedimento incluso), o FUSEx paga somente o ato principal e não o somatório do conjunto.

2.8.11 -Procedimento complementar de outro: quando um ato cirúrgico for rotineiro e complementar o ato principal não será remunerado.

2.8.12 - O FUSEx não paga curativos convencionais decorrentes do ato cirúrgico realizado (taxa de curativo, material e medicamento), por já estarem incluídos na taxa de sala.

2.8.13 No caso de curativos especiais será necessária a autorização prévia do Médico ou Enfermeiro Auditor do FUSEx.

2.8.14 - Quando houver necessidade de curativos especiais ou convencionais subsequentes para pacientes internados, paga-se somente o material e o medicamento utilizado.

2.9 - PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/CIRÚRGICOS – REGRAS ESPECÍFICAS

2.9.1 - O **cateterismo cardíaco** somente poderá ser autorizado pelo FUSEx mediante **asolicitação e justificativa do Médico Cardiologista**.

2.9.2 - A **angioplastia eletiva com implante de endopróteses** somente será autorizada pelo FUSEx quando houver indicação significativa e sugestiva na cinesiocoronariografia.

2.9.2.1 - Nesta situação os laudos de comprovação dos procedimentos deverão ser enviados para o FUSEx/2º BEC, para análise técnica do Serviço de Auditoria. A exceção é para os casos de urgência/emergência, quando a angioplastia sucede a cinesiocoronariografia;

2.9.3 - O FUSEx **não autorizará/pagará** procedimentos da cirurgia cardíaca considerados inclusos/integrantes do procedimento principal. Neste caso, pagará somente um profissional, ou seja, aquele que realizará o procedimento principal.

2.9.4 - Para autorizar internação para **tratamento de queimados** o FUSEx requer que seja informado: enquadramento do queimado quanto à intensidade (pequeno, médio e grande); associação com outras situações, tais como, lesão inalatória, poli trauma, trauma craniano, choque de qualquer origem, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, e outras afecções que possam ser fator de complicação à queimadura. E Unidade Topográfica-UT a ser tratada.

2.9.5 - Nas **cirurgias de microneurólise** é obrigatório o registro do uso do microscópio cirúrgico, descrito em folha de sala.

2.9.6 - Nos **procedimentos de cirurgia vascular** a solicitação/justificativa do médico assistente **deverá vir acompanhada do exame de imagem/laudo (Doppler) do vaso que sofrerá a intervenção**. Da mesma forma, a **autorização de endopróteses vascular** exige **solicitação médica**, com quadro clínico detalhado, especificação do tipo de endopróteses e Doppler do vaso a ser tratado, seguindo as regras para OPME.

2.9.7 - Os procedimentos de **Artroscopia** exigem **autorização prévia**. As indicações devem ser justificadas e estão sujeitas à auditoria/perícia prévia do FUSEx.

2.9.8 - Na solicitação de **Embolização de Aneurisma Cerebral por Micromolas**, o médico solicitante **deverá informar**: Localização do aneurisma; tamanho; tamanho do colo; se houve ruptura ou não do aneurisma; presença de hematoma intraparenquimatoso associado; comorbidade clínica; concomitante, entre outros.

2.10 - ANESTESIA NÃO PREVISTA EM PROCEDIMENTOS ELETIVOS – A presença do anestesista nos procedimentos para os quais não haja previsão de sua participação deverá ser **autorizada previamente, mediante solicitação do médico assistente, devidamente justificada**. Os processos de autorização, cobrança e pagamento dos serviços prestados pelos anestesistas deverão obedecer ao que se segue:

2.10.1 – Caso eletivo (paciente não internado):

2.10.1.1 - Nos procedimentos onde **não haja previsão da participação do anestesista** está assegurada em razão do próprio procedimento, que é solicitado e justificado pelo médico assistente.

2.10.2 - Caso eletivo (paciente internado):

2.10.2.1 - Nos procedimentos onde **não há previsão da participação do anestesista**, esta somente poderá ser dada mediante autorização prévia do FUSEx e, por meio da solicitação do médico assistente, devidamente consubstanciada e justificada em laudo.

2.10.2.2 - A solicitação da participação do anestesista deverá ser encaminhada com antecedência ao FUSEx/2º BEC, quando será analisada tecnicamente pelo Serviço de Auditoria, cabendo-lhe autorizar, caso julgue pertinente.

2.10.2.3 - Nos procedimentos em que se faça obrigatória a participação do Cirurgião Buco Maxilo Facial, o processo de autorização é o mesmo. O pagamento dos honorários equivalerá ao disposto na CBHPM/5ª Edição, quanto aos Portes estabelecidos para os procedimentos, considerando os percentuais de participação.

2.10.2.4 - Nos casos de urgência a solicitação de autorização para participação do anestesista deverá ser feita ao FUSEx imediatamente após o atendimento.

2.10.2.4.1 - Na impossibilidade de assim ser procedido (nos casos de emergências com risco de vida), a **CREDENCIADA** terá o prazo máximo de 24 horas para enviar a prescrição, com a devida justificativa técnica da necessidade do porte anestésico para a execução do procedimento, a qual será avaliada pelo Serviço de Auditoria do FUSEx.

2.11 – CONSULTAS

2.11.1 - Consulta: atendimento em consultório ou pronto socorro.

2.11.2 - Procedimentos médicos (consultas, visitas a pacientes internados, sessões de terapia, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, etc): serão cobrados em conformidade com a Tabela de Honorários da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, 5ª edição, **semredutor**.

2.11.3 - Retorno de consulta ambulatorial: em caso de retorno de consulta ambulatorial não será cobrado nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para **agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias** após a consulta inicial. O período de 30 dias deverá ser contado da data do atendimento inicial até a data que o beneficiário procurar a OCS/PSA para agendar o retorno, independentemente de a OCS ter ou não vaga disponível naquele dia. A princípio, o agendamento para o atendimento do retorno deve ser feito no dia do atendimento inicial.

2.11.4 -Visita hospitalar: nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado ao Médico Auditor, para autorização. Destina-se à manutenção dos cuidados e continuação da assistência prestada ao paciente.

2.11.4.1 - Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer e/ou acompanhamento do especialista. Nos casos de internações para procedimentos cirúrgicos de qualquer espécie, autorizados pela CREDENCIANTE, as visitas hospitalares do médico assistente serão pagas conforme previsto na CBHPM/5ª Edição, **sem redutor**.

2.11.5 - 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.

2.11.6 - Nutrição: Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico ambulatorial e **está limitada a uma consulta a cada 30 dias**. Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e de controle.

2.11.7 - 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. A **tonometria** é paga somente na primeira consulta em pacientes acima de 40 anos ou se

justificado por relatório médico e autorizado pela auditoria em pacientes mais jovens ou a cada seis meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

2.11.8 - Psiquiatra: Limita-se a 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 do FUSEx, conforme estabelece o Art. 38 da Portaria nº 048-DGP/2008.

2.11.8.1 - 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.

2.11.8.1.1 - Estão previstas **até 03 (três) visitas hospitalares semanais para pacientes crônicos e até 01 (uma) vez por dia para pacientes graves.**

2.11.9 – Parecer: Opinião fundamentada sobre determinado assunto, emitida por especialista.

2.12 - RADIODIAGNÓSTICO

2.12.1.- Se houver necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura. A quantidade de contraste radiológico a ser cobrada deverá estar em consonância com a tabela atual apresentada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.12.2 - Exames que não preveem o uso de contraste somente serão pagos à CREDENCIADA se **prescrito e justificado na requisição médica, especificado se iodado ou não**, e autorizado pelo médico auditor.

2.13 - AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

2.13.1 – Regras para solicitação de parecer de Anestesiologista (Consulta):

2.13.1.1 - Com base no disposto na Resolução CFM nº 1.802/2006, que dispõe sobre a prática do ato anestésico, para os procedimentos eletivos, poderá ser solicitado encaminhamento pré-anestésico, para análise e autorização do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC, antes da admissão na unidade hospitalar.

2.13.1.2 - Para o pagamento de consulta pré-anestésica realizada previamente é obrigatório que a OCS comprovadamente apresente a Ficha de Avaliação Pré-anestésica devidamente preenchida, datada, assinada e carimbada pelo anestesista, conforme os dados contidos no Anexo I da referida Resolução.

2.13.1.3 - A ausência de pelo menos uma das informações previstas no Anexo I da Resolução invalida o documento para efeito do pagamento da consulta, impedindo o seu pagamento, ou seja, produzirá glosa deste item na conta do paciente.

2.13.1.4 - A não apresentação da mencionada ficha ao FUSEx promoverá a glosa do valor da consulta.

2.13.1.5 - Toda prescrição médica solicitando o encaminhamento de paciente para avaliação prévia de anestesiologista deve ser complementada com justificativa técnica fundamentada, com caligrafia legível e sem emenda ou rasura;

2.13.2 - Outras regras:

2.13.2.1- A ausência da **justificativa técnica** no receituário médico, no ato da consulta ambulatorial, para a necessidade de concurso do anestesiologista no ato endoscópico executado será objeto de glosa do valor do Porte.

2.13.2.2 - Quando se tratar de **CirurgiaBuco Maxilo Facial**, a valoração anestésica corresponderá ao porte conforme CBHPM 5ª edição/2008.

2.14 - PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS:

2.14.1 - Os procedimentos anestésicos serão remunerados de acordo com o código da Tabela de Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos (**CBHPM/5ª edição**), com valores acordados para os portes anestésicos, conforme a tabela abaixo:

ENFERMARIA			APARTAMENTO		
PORTE ANESTÉSICO	PORTE CBHPM	VALOR (R\$)	PORTE ANESTÉSICO	PORTE CBHPM	VALOR (R\$)
1	3A	185,32	1	3A	247,10
2	3C	271,24	2	3C	361,66
3	4C	399,24	3	4C	532,32
4	6B	590,26	4	6B	787,02
5	7C	913,05	5	7C	1.217,40
6	9B	1.274,11	6	9B	1.698,82
7	10C	1.812,76	7	10C	2.417,02
8	12A	2.391,55	8	12A	3.188,74
CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA.....					85,84
Assistência Especializada ao Paciente com dor.....					150,00

2.15 - GASTROENTEROLOGIA, ENDOSCOPIA (Qualquer Especialidade Médica) e CIRURGIA VIDEOLAPAROSCOPIA (Qualquer Especialidade Médica):

2.15.1 - Os **atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência** terão um **acréscimo** de trinta por cento (**30%**) em seus Portes nas condições previstas na tabela CBHPM 5ª edição, a saber: no período compreendido **entre 19:00h e 07:00h** e em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados, desde que não se trate de procedimentos autorizados eletivamente, ou se urgência, a mesma seja devidamente comprovada ética e tecnicamente.

2.15.2 - Para **Honorários de procedimentos de Endoscopia** (qualquer especialidade médica), **Gastroenterologia**, **Cirurgia Videolaparoscopia** (qualquer especialidade médica), **Hematologia**, **Oncologia e Cirurgia Torácica** será utilizada a Tabela da Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos (**CBHPM/5ª edição**), **sem redutor** para o **Porte** e para a **UCO** - Unidade de Custo Operacional;

2.15.3- Para **Honorários de exames diagnósticos** nas especialidades de Endoscopia (qualquer especialidade médica), Gastroenterologia, Cirurgia Videolaparoscópica (qualquer especialidade médica), Hematologia, Oncologia e Cirurgia Torácica, será utilizada a Tabela de Classificação Brasileira de Procedimentos Médicos **CBHPM/5ª edição, sem redutor para porte e para a UCO** - Unidade de Custo Operacional;

2.16 - ALERGOLOGIA:

2.16.1 - Para os Honorários Médicos relacionados será utilizada a **Tabela da CBHPM/5ª edição**.

2.17 - ONCOLOGIA (Quimioterapias Biológicas):

2.17.1 - Os pedidos de autorização ou prescrição médica para quimioterapias deverão conter as informações do peso, altura e superfície corpórea atualizadas do paciente;

2.17.1.1 - Para a autorização de tratamento oncológico ao beneficiário do FUSEx/PASS, a OCS é obrigada a fornecer ao FUSEx/2ºBEC os seguintes documentos: Prescrição Médica, Plano ou Ficha de Tratamento Oncológico (PTO ou FTO) emitido pelo médico e Orçamento (emitido pela OCS) contendo o detalhamento qualitativo e quantitativo dos itens que o compõem, onde cada item deve ter o seu total registrado e, na parte final do documento, a informação do total geral do orçamento.

2.17.1.1.1 - O resultado na multiplicação das informações das colunas “quantidade” e “valor unitário” deve estar matematicamente correto, com 2 (duas) casas decimais depois da vírgula, de forma que o total horizontal individual por item produza o total real dos itens, e assim o total geral corresponda à soma dos totais parciais do detalhamento do orçamento.

Exemplo: Honorários(detalhamento e total); medicamentos (detalhamento e total); materiais descartáveis (detalhamento e total); taxa (detalhamento e total), etc total geral.

2.17.1.1.2 - No Plano ou Ficha de Tratamento Oncológico deverão constar as informações que identifique o paciente, o quadro clínico o planejamento e o protocolo de tratamento, quantidade de ciclos previstos (programado anterior e atual), detalhamento claro da nomenclatura e dosagem dos medicamentos, peso, altura e superfície corporal, via de administração do medicamento, previsão para o agendamento, para executar o tratamento do ciclo indicado, data e assinatura (com carimbo) do médico, etc.

2.17.1.1.3 - Deverá ser adotada, para efeito de **cálculo do fármaco, fórmula** ou superfície corporal **“MOSTELLER”**.

2.17.2 - Os medicamentos serão **pagos por miligramagem**, conforme a prescrição médica. Os valores serão cobrados conforme publicados no Guia Farmacêutico Brasíndice atualizado, não havendo PMC, será cobrado sobre o Preço de Fábrica, acrescido de 20% (por cento).

2.18 - MEDICAMENTOS, RADIOFÁRMACOS E MATERIAIS DESCARTÁVEIS NO ÂMBITO GERAL E EM TODAS AS SITUAÇÕES (Centrocirúrgico, Hospitalar, Etc):

2.18.1 - Serão pagos de acordo com as legislações de referência publicadas pela ANVISA, Guia Brasíndice. O valor do ICMS para todos os itens sempre será de acordo com o estabelecido para o Estado do Piauí.

2.18.2 - Existindo o **medicamento da linha genérica** o Sistema FUSEx/PASS pagará o valor deste, conforme autorização do Médico Auditor do FUSEx/2º BEC.

2.18.3 - Os medicamentos e **materiais descartáveis** com preços distanciados da média de sua linha de ação, **necessitam de justificativa médica** e autorização prévia do Médico Auditor do Sistema FUSEx/PASS.

2.18.4– Caso o medicamento utilizado não conste nas Tabelas BRASINDICE:

2.18.4.1 - O CREDENCIADO comprovará o custo do mesmo, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor;

2.18.4.2– O CREDENCIADO poderá cobrar 15% (quinze por cento), a título de margem de comercialização, para cobrir custos de estocagem e de impostos;

2.18.4.3 - O CONTRATANTE realizará à aferição nos orçamentos apresentados previamente, quando for o caso e nas faturas especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Médica, conforme o procedimento previsto no contrato.

2.18.4.4– A CONTRATANTE indenizará os medicamentos utilizados em

tratamento oncológico, em conformidade com prescrição médica, porém no que se refere a quantificação do medicamento prescrito, o FUSEx/2º BEC efetuará o pagamento especificamente do total de miligramas efetivamente utilizados pelo paciente.

2.18.4.5 – Na prescrição médica para tratamento oncológicos, deverão constar as seguintes informações, a título de complemento de dados: peso atual, altura atual e superfície corpórea do paciente.

3. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL – OPME

3.1 - As OPME e os Medicamentos/Materiais de Alto Custo deverão ser fornecidos pela CREDENCIADA, mediante autorização prévia formal do CONTRATANTE, conforme a Tabela de itens e valores contidos neste **Anexo L**.

3.1.1 - Caso sejam fornecidos pela CREDENCIADA, a CREDENCIADA deverá apresentar ao FUSEx/2º BEC o orçamento dos Materiais Especiais (OPME) para a lisura/auditoria prévia.

3.1.1.1 – Para os Materiais Especiais contidos no PACOTE de OPME listados neste **Anexo**, a OCS poderá cobrar do FUSEx um acréscimo de **15% (Quinze por cento)**, a título de margem de comercialização.

3.1.1.2 – A valoração das OPME não listadas no referido ANEXO também poderão ser acrescidas de margem de comercialização de **15% do valor**, conforme consta no item anterior.

3.1.1.3 – A solicitação de OPME com base na terminologia “KIT” e/ou outras que contenham um conjunto/aglomerado de materiais com diferentes itens, deverá constar na prescrição do médico a indicação nominal de qual(is) item(ns) do “KIT” que será(ão) utilizado(s) no procedimento, para, da mesma forma, constar no orçamento que deverá ser emitido pelos fornecedores.

3.1.1.4 – Todo orçamento de OPME para pagamento pelo FUSEx deverá constar o Código do Registro na ANVISA para cada item de OPME da relação solicitada.

3.1.1.5 – Nenhuma OPME será paga à OCS se não houver o pedido médico e a autorização do médico auditor do FUSEx, inclusive aquelas usadas em atendimento de urgência/emergência cujo, pedido será auditado imediatamente pelo Médico Auditor do FUSEx, seja presencial ou depois do alto cirúrgico no paciente.

3.1.1.6 – Para Todo procedimento cirúrgico em atendimento de urgência ou emergência que necessite fazer uso de OPME, a OCS fica obrigada a informar a realização deste previamente ao **Serviço de Auditoria**, o quanto antes, através do contato (086) 99531-9060 e e-mail auditoriafusex2016@gmail.com, para fins de análise e autorização dos pedidos e execução da auditoria concorrente. Os OPME utilizados em procedimentos de urgência poderão ter seus valores negociados a preço justo de mercado após a realização do procedimento.

3.1.1.6.1 - O não cumprimento desta regra configura utilização indevida de produto (não autorizado pelo FUSEx), em consequência, o pagamento não será efetuado.

3.1.2 – As OPME e os medicamentos de alto custo só podem ser utilizados mediante solicitação formal do médico assistente, com justificativa técnica para a necessidade do uso, previamente, para procedimento eletivo, e imediatamente para procedimentos de urgência.

3.1.2.1 – Se o fornecimento de OPME for para uso de procedimento eletivo, prescinde de autorização prévia do Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC;

3.2 - As Próteses deverão obedecer as Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela ANVISA/MS.

3.3 – O uso de OPME deverá obedecer aos critérios estabelecidos na Resolução CFM nº 1.804/2006 ou 1956/2010, quanto à utilização de materiais de implantes.

3.4 - A utilização deste tipo de produto **exige autorização prévia. A solicitação médica** deverá conter **quadro clínico detalhado, especificação do tipo e quantidade da(s) próteses e/ou, material especial e valor proposto.** Para tanto deverá ser utilizado o Formulário Padrão para Solicitação de OPME, disponibilizado pelo FUSEx.

3.5 - A autorização para o uso de prótese e/ou, materiais especiais é dada pela auditoria do FUSEx, após análise técnica da solicitação e contabilização com o procedimento solicitado, observando-se os preços constantes da Tabela de Referência, constantes deste **Anexo** ou, não havendo neste, o preço justo.

3.6 - A utilização de endopróteses terá prévia autorização mediante o estudo criterioso do caso e eventual discussão com o médico assistente e realização de auditoria prévia.

3.7 - Nos **procedimentos eletivos**, as solicitações destes materiais deverão ser encaminhadas com **antecedências mínima de 08 (oito) dias úteis**, e serão negociados, sempre que possível, pelo FUSEx, diretamente com o fornecedor/distribuidor.

3.8 -O FUSEx poderá, de acordo com o previsto no Contrato de Prestação de Serviços, efetuar auditoria *in loco* por profissional médico ou enfermeiro para verificar a utilização das Próteses solicitadas, inclusive acompanhar o ato cirúrgico.

3.9 - A autorização para fornecimento de OPME será dada à OCS Credenciada com base no orçamento de menor valor, conforme dispõe a Lei nº 8.666, de 1993.

3.10 - O pagamento de OPME será efetuado mediante:

3.10.1 - Apresentação do documento da autorização do FUSEx, (orçamento aprovado, tipos e valores dos produtor, autorizados), no ato da cobrança;

3.10.2 - Apresentação da descrição do ato cirúrgico.

3.10.3 - Apresentação da(s) etiqueta(s), do(s) produto(s) utilizado(s) (quando houver) e/ou recorte de embalagem, esta deverá possuir: número do lote, referência e registro da Anvisa.

3.10.3.1 - O não cumprimento desta regra, configura utilização indevida de produto (não autorizado pelo FUSEx), em consequência, o pagamento não será efetuado.

3.10.4 -O FUSEx poderá comprovar a utilização da(s) OPME autorizada(s) através de exames tais como: Raio-X, laudos de exames de imagem, vídeos, entre outros .

3.11 - A cobrança das OPME listadas na Tabela de Referência de Procedimentos do FUSEx, constantes neste **Anexo** deverá ser feita no código próprio indicado na referida tabela.

3.12 - É vedada, na solicitação do médico assistente, a especificação do fabricante e/ou, fornecedor. A recusa em usar o material autorizado pelo FUSEx somente terá a solicitação avaliada se for devidamente consubstanciada, explicitando tecnicamente a indicação de material diferente, pois deverá ser considerado o orçamento de menor valor, conforme determina a **Resolução CFM nº 1956, de 2010.**

3.13 - A negociação de valores de OPME é de inteira responsabilidade do FUSEx. Do valor final negociado diretamente com o fornecedor, deverão ser acrescidos até 15% (Quinze por cento),a título de margem de comercialização, que será repassado à CREDENCIADA, com cobrança em fatura hospitalar.

3.14 -Fica estabelecido que quando o paciente optar, por livre vontade, por produto não coberto ou não autorizado pelo FUSEx (especificidade do produto), este ou seu responsável poderá tratar diretamente com a CREDENCIADA, mediante a assinatura de Termo de Ajuste

Prévio Próprio, devendo ser aplicado, neste caso, o disposto no Art. 32 da IR 30-38 (Portaria nº 048 de 28 de Fevereiro de 2008).

3.15 - Tabela de OPME:

ORTOPEDIA			
Cód	Prótese Ou Material Especial	Especialidade	Valor (R\$)
1001	Acetábulo em TITÂNIO	Ortop.	1.450,00
1002	Componente Acetabular cimentado - QUALQUER TIPO	Ortop.	1.450,00
1003	Ancora Bio Absorvível	Ortop.	2.500,00
1004	Ancora Metálica	Ortop.	600,00
1005	Ancora montada em chave de parafuso	Ortop.	600,00
1006	Arruela	Ortop.	31,50
1007	Barra para fixação de mandíbula e maxilar	Bucomaxilo Facial	340,00
1008	Barra para Fixador	Ortop.	510,00
1010	Barra Lisa	Ortop.	850,00
1011	Barra Lisa para parafuso pedicular	Ortop.	550,00
1012	Barra Lisa para parafuso pedicular plus	Ortop.	550,00
1014	Barra paralela em titânio	Ortop.	550,00
1015	Bio-dreno	Ortop.	28,00
1016	Base metálica tibial	Ortop.	1.803,00
1017	Base Tibial modular III	Ortop.	3.005,00
1018	Bloqueador de Cimento	Ortop.	250,00
1019	Buxa Cilíndrica/Hexagonal/Quadrada	Ortop.	250,00
1020	Cabeça femural não cimentada	Ortop.	1.363,64
1021	Cabeça Bipolar	Ortop.	925,00
1022	Cabeça intercambiável (componente mini parafusos canulado femural)	Ortop.	925,00
1023	Cabeça Modular Umeral	Ortop.	3.420,00
1024	Cabeça de Prova	Ortop.	3.420,00
1025	Cage	Ortop.	12.600,00
1026	Calço Distanciador placa/osso	Ortop.	12.600,00
1027	Calço para Placa T Osteotomia Tíbia	Ortop.	154,00
1028	Campo Cirúrgico iodoforado	Ortop.	122,50
1029	Cânula de Irrigação	Ortop.	336,00
1030	Cânula trocater descartável	Ortop.	753,95
1031	Cânula Fio	Ortop.	315,00
1032	Cânula para Artroscopia	Ortop.	315,00
1033	Cânula para Broca	Ortop.	315,00
1034	Centralizador distal	Ortop.	274,91
1035	Centralizador em Cruz	Ortop.	319,20
1036	Century Modular não cimentado	Ortop.	4.425,00
1037	Cimento ortopédico com antibiótico	Ortop.	340,00

1038	Cimento sem antibiótico	Ortop.	300,00
1039	Cimento simplex	Ortop.	337,51
1040	Cimento Ortopédico	Ortop.	340,00
1041	Cimento Radiopaco	Ortop.	340,00
1042	Clamps	Ortop.	625,00
1043	Componente Femoral	Ortop.	3.400,00
1044	Componente acetabular	Ortop.	3.425,00
1045	Componente Articular	Ortop.	1.475,00
1046	Componente base tibial	Ortop.	3.920,00
1047	Componente cefálico/polietileno metálico para bipolar	Ortop.	850,00
1048	Componente femoral	Ortop.	3.425,00
1049	Componente platô tibial	Ortop.	1.925,00
1050	Componente glenoideo	Ortop.	527,00
1051	Componente patelar	Ortop.	1.925,00
1052	Componente tibial	Ortop.	1.425,00
1053	Componente umeral	Ortop.	1.800,00
1054	Conector de contenção	Ortop.	425,00
1055	Conector Barra	Ortop.	425,00
1056	Conector Cross Link Aço	Ortop.	625,00
1057	Cross Link titânio	Ortop.	850,00
1058	Delta bio interferência Screen	Ortop.	1.515,52
1059	Dispositivo de bloqueio	Ortop.	144,26
1060	Dreno de sucção	Ortop.	40,00
1062	Elemento de contenção	Ortop.	108,87
1063	Endoprótese não convencional	Ortop.	6.884,08
1064	Endoprótese convecional proximal em titânio	Ortop.	7.388,71
1065	Endoprótese Expansiva Femoral	Ortop.	7.595,00
1066	Endoprótese para Cotovelo	Ortop.	7.595,00
1067	Enxerto inespecífico mineral p/reciclagem óssea	Ortop.	1.883,51
1068	Enxerto Arterial Bifurcado Inorgânico 16x08	Ortop.	5.607,00
1069	Enxerto ósseo cerâmico	Ortop.	1.925,00
1070	Enxerto Ósseo bovino	Ortop.	1.925,00
1071	Equipo p/ bomba de infusão para artroscopia	Ortop.	595,00
1072	Equipo descartável para circulação contínua	Ortop.	595,00
1073	Equipo p/ artroscopia	Ortop.	45,00
1074	Espaçador de Tendão	Ortop.	625,00
1075	Espaçador de Joelho	Ortop.	7.000,00
1076	Espaçador de quadril	Ortop.	7.000,00
1077	Fio Broca	Ortop.	288,00
1078	Fio de aço para luque	Ortop.	30,00
1079	Fio com ponta rosqueada	Ortop.	90,00
1080	Fio calibrado para osteotomia	Ortop.	21,00

1081	Fio de aço Harrington luque	Ortop.	21,00
1082	Fio para Cerclagem	Ortop.	21,00
1083	Fio de Kirschner	Ortop.	21,00
1084	Fio de Steinmann	Ortop.	21,00
1085	Fio polietileno -poliester	Ortop.	239,50
1086	Fiopolietileno –ULTRA ALTO	Ortop.	239,50
1087	Fio flexível transfix	Ortop.	340,00
1088	Fio Guia	Ortop.	288,00
1089	Fio Guia transfix	Ortop.	288,00
1090	Fio Guia Calibrado	Ortop.	288,00
1091	Fio Guia Femoral	Ortop.	221,50
1092	Fio Guia Fêmur	Ortop.	221,50
1093	Fio Guia flexível para joelho	Ortop.	221,50
1094	Fio Guia NITINOL	Ortop.	221,50
1095	Fio Guia Metálico	Ortop.	221,50
1096	Fio Guia para Parafuso	Ortop.	221,50
1097	Fio Guia para Haste Bloqueada	Ortop.	221,50
1098	Fio Guia para Interferência	Ortop.	221,50
1099	Fio Guia Rígido para Joelho	Ortop.	221,50
1100	Fio Guia tipo Broca	Ortop.	221,50
1101	Fio liso	Ortop.	221,50
1102	Fio Maleável	Ortop.	221,50
1103	Fio guia para angioplastia 0,14	Ortop.	869,63
1104	Microguia 0,14	Ortop.	1.795,05
1105	Fio Guia Teflonado	Ortop.	338,87
1106	Fio Guia vasado	Ortop.	61,24
1107	Fio de alta resistência	Ortop.	311,65
1108	Fio para Sutura	Ortop.	288,00
1109	Fio para passagem de enxerto	Ortop.	109,00
1110	Fixador externo circular	Ortop.	1.742,00
1111	Fixador Externo Linear	Ortop.	1.400,00
1112	Fixador ilizarov	Ortop.	3.440,00
1113	Fixador de Compressão	Ortop.	3.900,00
1114	Fixador de Dedo	Ortop.	1.400,00
1115	Fixador tubo a tubo	Ortop.	1.400,00
1116	Gancho Cross Link	Ortop.	680,46
1117	Gancho laminar superior e/ou inferior	Ortop.	1.252,05
1118	Gancho pedicular em titânio	Ortop.	1.198,00
1119	Grampos Blount	Ortop.	92,50
1120	Haste de distração	Ortop.	1.065,60
1121	Haste de Kuntscher	Ortop.	293,96
1122	Haste de Titânio	Ortop.	544,37

1123	Haste bloqueada para úmero em titânio com parafusos	Ortop.	2.425,00
1124	Haste intermedular não bloqueada	Ortop.	238,16
1125	Haste bloqueada femoral (inclui parafusos e fios)	Ortop.	3.395,00
1126	Haste bloqueada para tibial e trocantérica (inclui parafusos e fios)	Ortop.	3.395,00
1127	Haste intramedular Harstild	Ortop.	1.425,00
1128	Haste Longitudinal	Ortop.	1.425,00
1129	Haste Longitudinal em titânio	Ortop.	1.425,00
1130	Haste rosqueada	Ortop.	1.100,00
1131	Haste lisa tipo Luque	Ortop.	878,61
1132	Haste para fixação pedicular titânio	Ortop.	1.065,87
1133	Kit Cânula de infusão	Ortop.	225,00
1134	Kit de cimentação ortopédica a vácuo	Ortop.	151,50
1135	Kit de Rizotomia percutânea lombar	Ortop.	9.000,00
1136	Kit para Cimentação óssea	Ortop.	151,50
1137	Kit para obtenção de fibrina	Ortop.	8.250,00
1138	Kit ultraconcent. De plaquetas	Ortop.	8.250,00
1139	Kit para Artroscopia do Quadril	Ortop.	810,00
1140	Equipo de 4 vias	Ortop.	42,19
1141	Lâmina de Shaver	Ortop.	420,00
1142	Lâmina para Serra de Gesso	Ortop.	420,00
1143	LEG Holder com 2 espumas descartáveis	Ortop.	420,00
1145	Micro parafuso cortical	Ortop.	1.425,00
1146	Micro placa reta 04 furos	Ortop.	1.425,00
1148	Mini âncora	Ortop.	550,00
1149	Mini parafuso cortical	Ortop.	497,50
1150	Mini Placa Condiliana 4 furos	Ortop.	497,50
1151	Mini Placa em T 4 furos	Ortop.	497,50
1152	Mini placa ponte 6 furos	Ortop.	497,50
1153	Mini placa reta 4,5,6,8,12 e 16 furos	Ortop.	497,50
1154	Mini placa reta em titânio	Ortop.	746,82
1155	Mini placa reta em titânio 6 furos	Ortop.	746,82
1156	Mini placa reta orbital em titânio	Ortop/cabeça e pescoço	746,87
1157	Mini Placa Órbita c/08 furos	Ortop/cabeça e pescoço	649,16
1158	Mini Placa/ Órbita c/06 furos	Ortop/cabeça e pescoço	649,16
1159	Misturador de cimento ortopédico a vácuo	Ortop.	303,00
1160	Mod. De fixação c/ STOP	Ortop.	3.425,00
1161	Mod. Joelho articulado	Ortop.	3.425,00
1162	Módulo intermediário	Ortop.	3.425,00
1163	Oliva	Ortop.	174,20
1164	Haste intra-medular semi-rígida com bloqueio	Ortop.	3.425,00
1165	Parafuso acetabular posterior	Ortop.	300,00

1166	Parafuso ancora em titânio	Ortop.	600,00
1167	Parafuso ancora titânio c/fio suturado	Ortop.	600,00
1169	Parafuso ancora titânio	Ortop.	600,00
1170	Parafuso auto rosqueante c/bloqueio	Ortop/bucomaX.	200,46
1171	Parafuso rosqueante	Ortop/bucomaX.	192,29
1172	Parafuso auto-berg	Ortop.	1.701,15
1173	Parafuso canulado	Ortop.	154,00
1174	Parafuso cervical	Ortop.	265,00
1175	Parafuso cervical titânio	Ortop.	265,00
1176	Parafuso de bloqueio cervical	Ortop.	206,86
1177	Parafuso central em titânio	Ortop.	85,99
1178	Parafuso Cervical anterior titânio	Ortop.	577,03
1179	Parafuso cortical	Ortop.	47,50
1180	Parafuso cortical em titânio	Ortop.	60,00
1181	Parafuso cortical auto-rosqueante	Ortop.	118,00
1182	Parafuso cortical auto-rosqueante com bloqueio	Ortop.	118,00
1183	Parafuso cortical auto-rosqueante com bloqueio titânio	Ortop.	118,00
1184	Parafuso de compressão	Ortop.	34,02
1185	Parafuso de compressão (bloqueadores)	Ortop.	187,00
1186	Parafuso de Herbert	Ortop.	221,00
1187	Parafuso de interferência em titânio	Ortop.	805,00
1188	Parafuso de interferência absorvível	Ortop.	1.110,00
1189	Parafuso de interferência transverso	Ortop.	1.110,00
1190	Parafuso de interferência transverso em titânio	Ortop.	1.110,00
1191	Parafuso de interferência metálico	Ortop.	314,00
1192	Parafuso de interferência p/cruzado posterior	Ortop.	1.088,00
1193	Parafuso deslizante	Ortop.	142,00
1194	Parafuso distal	Ortop.	684,00
1195	Parafuso esponjoso	Ortop.	60,00
1196	Parafuso esponjoso titânio	Ortop.	94,00
1197	Parafuso esponjoso rosca total	Ortop.	213,66
1198	Parafuso estabular posterior	Ortop.	633,00
1199	Parafuso gancho	Ortop.	2.877,00
1200	Parafuso para ligamentoplastia (trava) tranverso	Ortop.	1.938,00
1201	Parafuso para fixação pedicular em titânio	Ortop.	946,00
1202	Parafuso para placa bloqueada	Ortop.	101,00
1203	Parafuso para Haste	Ortop.	68,00
1204	Parafuso pedicular para redução de escoliose	Ortop.	960,00
1205	Parafuso pedicular Plus	Ortop.	947,00
1206	Parafuso pedicular poliaxiais	Ortop.	870,00
1207	Parafuso proximal	Ortop.	883,00
1208	Parafuso tipo trava	Ortop.	105,00

1209	Parafuso em titânio p/ reconstrução ligamentar de joelho	Ortop.	917,00
1210	Sistema de fixação tibial	Ortop.	1.333,00
1211	Película adesiva	Ortop.	166,00
1212	Pino trava umeral	Ortop.	91,50
1213	Pino deslizante	Ortop.	75,00
1214	Pino deslizante DHS	Ortop.	105,00
1215	Pino de fixação guia haste	Ortop.	439,60
1216	Pino guia	Ortop.	439,60
1217	Pino de Shanz	Ortop.	176,91
1218	Placa Angulada tubo DHS/135 3 furos	Ortop.	775,80
1219	Placa Angulada (inclui parafusos)	Ortop.	2.394,40
1220	Placa angulada tubo tipo DCS 900	Ortop.	1.124,00
1221	Placa Bloqueada especifica	Ortop.	984,00
1222	Placa cervical anterior	Ortop.	3.177,00
1223	Placa cervical c/parafuso em titânio	Ortop.	5.831,00
1224	Placa DCP	Ortop.	307,00
1225	Placa DCP estreita	Ortop.	477,00
1226	Placa DCP larga (Inclui parafusos)	Ortop.	477,00
1227	Placa de compressão dinâmica (inclui parafusos)	Ortop.	310,00
1228	Placa de compressão dinâmica estreita (inclui parafusos)	Ortop.	477,00
1229	Placa de compressão dinâmica larga (inclui parafusos)	Ortop.	611,00
1230	Placa de micro fragmentos (inclui parafusos)	Ortop.	371,00
1231	Placa de reconstrução bloqueada 6 Furos	Ortop.	2.173,38
1232	Placa em T (inclui parafusos)	Ortop.	560,00
1233	Placa especial em T	Ortop.	348,00
1234	Placa especifica titânio (p/mini ou micro fragmentos/inclui parafusos)	Ortop.	605,00
1235	Placa para parafuso deslizante	Ortop.	1.252,05
1236	Placa reta 1/3 tubular 3,5mm	Ortop.	302,81
1237	Placa reta 1/3 tubular 8 furos	Ortop.	302,81
1238	Placa reta auto compressão estreita	Ortop.	380,00
1239	Placa reta auto compressão larga	Ortop.	492,00
1240	Placa reta bloqueada especificada	Ortop.	985,00
1241	Placa reta bloqueada	Ortop.	2.199,00
1242	Placa reta em titânio 1,5/04	Ortop.	612,00
1243	Placa reta em titânio 1,5/12	Ortop.	745,00
1244	Placa Reta em Titânio 2.0 (inclui parafuso)	Ortop.	1.950,00
1245	Placa semi tubular inclui parafusos	Ortop.	309,00
1247	Platô tibial modular III	Ortop.	1.332,00
1248	Porca para bloqueio	Ortop.	206,90
1249	Prótese Cabeça de Rádio	Ortop.	4.330,00
1250	Prótese femoral cimentado tipo Charnley	Ortop.	2.212,00

1251	Prótese modular total do joelho	Ortop.	5.225,00
1252	Prótese parcial do quadril cimentado tipo Thompson (fixa)	Ortop.	891,00
1253	Prótese total do Quadril	Ortop.	5.040,00
1254	Prótese de ombro primária	Ortop.	11.000,00
1255	Prótese de ombro reversa	Ortop.	18.000,00
1256	Restritor de cimento Acetabular	Ortop.	276,27
1257	Retângulo tipo haste ou similar	Ortop.	1.829,07
1258	Sistema spoac haste femoral	Ortop.	3.439,04
1259	Tampão para haste	Ortop.	88,46
DEMAIS ESPECIALIDADES			
1263	Colágeno hemostático microfibrilar	Neurologia	1.995,00
1264	Agulha de punção	Hemodinâmica	306,00
1265	Agulha para esclerose	Gastro	722,50
1266	Alça de polipectomia	Gastro	722,50
1267	Anel para aneloplastia valvar	Cardiologia	5.525,00
1268	Agulha trocarter punção renal	Urologia	585,00
1269	Bainha Longa	Cardiovascular	2.186,18
1270	Balão de remodelagem	Angioplastia	9.099,11
1271	Bloqueador Interno	Cardiologia	132,83
1272	Botão craniano GM 16mm ou 11 mm	Neurologia	2.337,00
1273	Botão em titânio	Neurologia	2.337,00
1274	Botão para cranioplastia	Neurologia	2.337,00
1275	Bainha de carótida	Hemodinâmica	2.720,00
1276	Bainha Flexora	Urologia	2.465,00
1277	Cesta extratora de cálculos	Urologia	2.465,00
1278	Cabo conector para cateter diagnostico	Cardiologia	264,00
1279	Cabo conector para cateter terapêutico	Cardiologia	268,00
1280	Cânula Trocater	Cardiovascular	785,00
1281	Cateter angiográfico 5F Pital	Cardiovascular	345,00
1282	Cateter angiográfico cobra 5F	Cardiovascular	426,00
1284	Cateter angiográfico vertebral	Cardiovascular	284,00
1285	Cateter balão de oclusão	Hemodinâmica	3.850,00
1286	Cateter balão oclusão	Urologia	2.320,00
1287	Cateter balão extrator	Gastro	2.280,00
1288	Cateter balão coronário de alta pressão	Cardiovascular	1.757,72
1289	Cateter balão de dilatação	Hemodinâmica	3.272,50
1290	Cateter balão dilatador	Urologia	2.320,00
1291	Cateter balão periférico	Hemodinâmica	5.480,00
1292	Cateter balão Avion Plus Renal 4+15	Nefrologia	1.318,00
1293	Cateter balão trançado de lúmen único	Cardiovasc/ Nefrol	902,00
1294	Cateter balão para angioplastia	Cardiovascular	1.981,00

1297	Cateter balão	Cardiovascular	1.752,00
1298	Cateter balão ultra soft 5/2	Cardiovascular	2.495,00
1299	Cateter balão de angiografia	Cardiovascular	1.756,00
1300	Cateter de Fogarty para embolectomia 4F	Cardio/Nefro/Vasc	30,00
1302	Cateter diagnostico 5F	Geral/Vascular	722,50
1303	Cateter diagnostico quadripolar 6 french	Cardiovascular/ Geral	1.699,00
1304	Cateter diagnostico quadripolar 6 french	Cardiovascular/ Geral	1.698,00
1305	Cateter Diag. Ang. Cardio 5F	Cardiovascular	339,00
1306	Cateter Guia	Neurologia	3.272,00
1307	Cateter guia JR 6F (ou similar)	Cardiovascular	697,47
1308	Cateter injetor para esclerose de varizes 7F	Gastro	2.465,00
1309	Cateter injetor de cola biológica	Gastro	722,50
1310	Microcateter para embolização	Hemodinâmica	3.612,00
1311	Cateter para aspiração de trombo 6F	Hemodinâmica	6.280,00
1312	Cateter para Colangiografia	Gastro	1.402,50
1313	Cateter Simmons 5F (ou similar)	Vascular	342,00
1314	Cateter terapêutico curva unidirecional ponta 4mm	Cardiovascular	2.151,00
1315	Cateter Terapêutico 6F	Hemodinâmica	722,50
1316	Cateter Terapêutico para angioplastia 6F	Hemodinâmica	722,50
1317	Cateter tipo laço de captura	Hemodinâmica	6.280,00
1319	Cateter implantável para QT	Vascular	870,00
1320	Cânula aramada aórtica	Cardiologia	960,00
1321	Cânula aramada venosa	Cardiologia	960,00
1322	Cânula ez glide	Cardiologia	275,00
1323	Cânula com acessórios kit cava dupla	Cardiologia	275,00
1324	Cânula com acessórios kit cava única	Cardiologia	294,00
1325	Cesta para extração de cálculos	Gastro	1.402,50
1326	Clipe endoscópico	Gastro	1.480,00
1327	Cola cirúrgica sintética para neurocirurgia 2 ml	Neurologia	2.765,00
1328	Cola cirúrgica sintética para neurocirurgia 5 ml	Neurologia	4.550,00
1329	Cola cirúrgica histoacryl	Gastro	408,00
1330	Cola fibrinogênio 5,5	Neurologia	1.866,00
1331	Cola fibrinogênio 5,6	Neurologia	2.975,00
1332	Conector 2 vias	Cardio/Neuro	152,00
1333	Conector Y	Cardio/Neuro	97,00
1334	Conjunto descartável circulação	Cardio/Neuro	1.316,00
1335	Conjunto de tubos descartável para CEC	Cardiologia	357,00
1336	Conjunto de cateter drenagem externa LCR 500/A ou LCR 600/A	Cardio/Neuro	1.380,00
1337	Conjunto de tubos	Geral	266,00
1338	Conjunto biliar de prótese endoscópica	Gastro	1.720,00

1339	Conjunto PV Para hidrocefalia média pressão - PC070RDVP Inclui:	Neurologia	2.000,00
	a) 01 Válvula sangue PV-07OR - Média Pressão b) 01 Cateter reservatório neonatal c) 01 Cateter peritoneal d) 02 Cateter em alo inoxidável		
1340	Corda Guia 0,14	Cardiovascular	825,00
1341	Corda Guia 0,35	Cardiovascular	555,00
1342	Corda Guia Diagnóstica	Cardiovascular	231,00
1343	Corda Guia Hidrofilica 260cm	Cardiovascular	903,00
1344	Dreno para sucção Adulto	Neuro.	78,00
1345	Kit Domus	Neuro	441,00
1346	Eletrodos para ablação - ponteira p/ Radiofrequência-Kit	Cardiologia	1.373,00
1348	Eletrodo endo 1688 / Introdutor 10Fr / Marcapasso	Cardiologia	9.683,20
1349	Eletrodo Endocardio	Cardiologia	521,00
1350	Enxerto Tubular	Cardiologia	3.361,00
1351	Extensão de bomba	Ortop.Vascular	204,00
1352	Extensão de bomba de alta pressão	Ortop.Vascular	103,00
1353	Extensor 22cm	Ortop.Vascular	118,00
1354	Expansor de tecido red. c/válvula magnética	Cardiovascular	1.592,00
1355	Fibra laser	Urologia	4.000,00
1356	filtro de veia cava	Cardiovascular	6.369,00
1357	Filtro de linha arterial	Cardiologia	190,00
1358	Filtro de linha p/ cardioplegia	Cardiologia	67,00
1359	Filtro de sangue para circulação	Cardiologia	124,00
1360	Filtro de sangue para circulação	Cardiologia	113,00
1361	Fio guia 0,14	Geral	544,00
1362	Fio guia 0,35	Geral	554,00
1363	Fio guia 0,014	Geral	713,00
1364	Fio guia Agility (ou similar)	Neuro/Vascular	1.624,00
1365	Fio guia Amplatz (ou similar)	Vascular/Geral	567,00
1366	Fio guia angulado radiofocos	Cardiovascular/Geral	576,00
1367	Fio guia ATW 0,14 X 195	Geral	449,00
1368	Fio Guia choice extra suport	Cardiologia	868,00
1371	Fio guia extensa 0,14+150cm	Geral	543,00
1372	Fio guia hidrofílico Angulado	Cardiologia	905,00
1373	Fio guia hidrofílico	Geral	1.497,00
1374	Fio guia para Angioplastia	Cardiologia	616,00
1375	Fio guia para cateter de Angioplastia (ou similar)	Cardiovascular	617,00
1376	Fio guia 0,035x150cm	Cardiologia	498,00
1377	Fonte de destacamento V- 6 rep-vg501	Cardiologia	1.042,00
1378	Gerador de pulso	Cardiologia	6.532,00

1379	Gerador Phelos II SR	Geral	8.256,00
1380	Guia para introdução	Cardiologia	197,00
1381	Hermoconcentrador	Cardiologia	511,00
1382	Hidro Coil	Vascular/Neuro	5.851,00
1383	Introdutor 10F	Cardiologia	228,00
1384	Introdutor 6F Radical	Geral	131,00
1385	Introdutor 8F	Geral	162,00
1386	Introdutor transradical	Geral	274,00
1387	Introdutor 5F	Geral	133,00
1388	Introdutor 7F	Geral	133,00
1389	Introdutor de punção	Geral	212,00
1390	Introdutor Femoral Curto	Geral	331,00
1391	Introdutor Femoral	Geral	275,00
1392	Introdutor Valvulado 7F	Geral	131,00
1393	Kit cânula	Aneurisma	250,00
1394	Kit cateter venoso duplo lúmen 20cm 7F	Geral	161,00
1395	Kit destacador (gerador+cabo destacador)	Cardiologia	705,00
1396	Kit ineflador 20/30	Cardiologia	402,00
1397	Kit Insuflador	Cardiologia	402,00
1398	Lipiodol	Cardiologia	183,00
1399	Manifold	Cardiologia	120,00
1400	Microcateter Prowler	Neurovascular	2.634,00
1401	Microcateter Rebar	Geral/Vascular	3.921,00
1402	Microcateter Eclulon	Geral/Vascular	2.559,00
1403	Microcateter infusão tracker	Geral/Vascular	2.721,00
1404	Microguia 14 Agility	Cardiovascular	1.371,00
1405	Microguia Silver speed	Cardiovascular	1.371,00
1406	Micromola	Neurovascular	6.000,00
1407	Oxigenador de membrana	Cardiologia	2.420,00
1408	Pericárdio Bovino (Patch)	Cardiovascular/ Geral	220,00
1409	Partícula de PVA	Neurovascular	1.720,00
1410	Ponte de aspirador	Neurovascular	85,00
1411	Ponte de aspirador braile	Neurovascular	85,00
1412	Prótese Tubular de PTFE	Cardiovascular	2.266,00
1413	Reservatório de cardioplegia	Geral	378,00
1414	Reservatório de cardiotomia	Geral	204,00
1415	Ret Indução p/cardioplegia	Geral	163,00
1416	Ret manutenção de cardioplegia	Geral	164,00
1417	Ret transdutor de pressão - kit	Geral	326,00
1418	Selador Hemostático	Geral	2.307,00
1419	Seringa manométrica	Geral	565,00
1420	Sistema de cardioplegia c/ sangue	Cardiologia	317,00
1421	Sistema hidrostático de manutenção - PIC	Geral	1.431,00

1422	Sistema p/ drenagem mediastinal	Geral	89,00
1423	Stent coronariano	Cardiologia	5.638,00
1424	Stent intracraniano	Neurologia	16.461,00
1425	Stent carotídeo	Vascular	6.346,00
1426	Stent coronariano	Cardiologia	4.536,40
1427	Stent Wallestent (ou similar)	Cardiovascular	7.642,00
1428	Stent coronário de troca rápida	Cardiologia	5.443,00
1429	Stent farmacológico	Cardiologia	11.949,00
1430	Stent periférico	Vascular	7.105,00
1431	Transdutor de pressão	Geral	206,00
1432	Válvula biológica Aórtica	Cardiologia	2.328,00
1433	Válvula Mecânica aórtica ou Mitral	Cardiologia	4.820,00
1434	Sistema líquido de embolização	Neurologia	7.485,00
1435	Carga para grampeador linear cortante	Geral	544,00
1436	Cateter Duplo J	Urologia	558,00
1437	Cateter Tenckhoff (ou similar)	Nefrologia	489,00
1438	Tubo para ventilação	Geral	97,00
1439	Fio guia hidrofílico	Geral	448,00
1440	Grampeador circular	Geral	1.960,00
1441	Grampeador Linear	Geral	1.687,00
1442	Kit dilatador C. Amplatz (ou similar)	Geral	2.191,00
1443	Kit ligadura elástica	Geral	1.306,00
1444	Kit para gastronomia	Geral	1.240,00
1445	Prótese mamária redonda de superfície texturizada	Geral	1.079,00
1446	Prótese para Estapedectomia	Otorrino	487,00
1447	Prótese Peniana 12 cm rígida ou semi flexível	Urologia	4.500,00
1448	Prótese Peniana 16 cm rígida ou semi flexível	Urologia	4.500,00
1449	Prótese Peniana 20 cm rígida ou semi flexível	Urologia	4.500,00
1450	Prótese testicular	Urologia	979,00
1451	Prótese Tubular de PTFE	Cardiovascular	3.226,00
1452	Tela de polipropileno de suspensão vesical para incontinência urinária	Urologia	2.177,00
1453	Hemostático absorvível	Geral	127,00
1454	Tela de prolene 15/15	Geral	244,00
1455	Tela prolene 30/30	Geral	513,00
1456	Tela de polipropileno e celulose	Geral	1.769,00
1457	Enxerto arterial tubular em poliéster	Geral	2.888,00
1458	Selante de fibrina	Geral	1.550,00
1459	Prótese para Estapedectomia	Geral	650,00
1460	Lenço de teflon (aneurisma torácico/abdominal)	Geral	1.932,00
1461	Selador Hemostático	Geral	2.770,00
1462	Infusor de Medicação	Geral	544,00
1463	Equipo para bomba de infusão	Geral	340,00

1464	Equipo para bomba p/ (Nutrição Enteral)	Geral	136,00
1465	Equipo para infusão gravitacional fotossensível	Geral	408,00
1466	Substituto de Dura-máter	Geral	4.698,00
1467	Cateter duplo lúmen	Geral	272,00
1468	Cateter triplo lúmen	Geral	408,00
1469	Cateter duplo lúmen para Hemodiálise	Nefrologia	103,00
1470	Tesoura Hemostática coaguladora	Geral	2.800,00
1471	PICC	Geral	510,00
1472	Éster etílico do ácido graxo do óleo de papoula iodado	Geral	235,00

4. FISIOTERAPIAS, NUTRIÇÃO E CONSULTA MÉDICA.

4.1 - Os procedimentos serão remunerados conforme as seguintes:

4.2 – FISIOTERAPIAS EM GERAL:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	46,00
500251039	Sessão de Fisioterapia - Ambulatorial	35,00
500251076	Sessão de Fisioterapia hospitalar (motora) em pacientes internados	14,00
500251076	Sessão de Fisioterapia domiciliar (motora)	40,00
500251078	Sessão de Fisioterapia hospitalar (respiratória) em pacientes internados	14,00
500251078	Sessão de Fisioterapia domiciliar (respiratória)	40,00
500251028	Fisioterapia para reabilitação cardíaca (paciente internado) – Ambulatorial	14,00
50025116	Sessão de Hidroterapia - Ambulatorial	34,00
500251060	Sessão de Pilates - Ambulatorial	60,00
500251058	Sessão de RPG – Ambulatorial	60,00

4.3 – FISIOTERAPIAS ESPECIALIZADAS:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101222	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial para inicial o tratamento	46,00
500251033	Drenagem Linfática Manual - Ambulatorial	46,00
500251039	Fisioterapia Mastológica - Ambulatorial	46,00
500251015	Fisioterapia Neurológica - Ambulatorial	46,00
500251041	Fisioterapia Obstétrica - Ambulatorial	34,00
500251021	Fisioterapia para Reabilitação Cardíaca - Ambulatorial	46,00
50025019	Fisioterapia Traumato ortopédica - Ambulatorial	46,00
500251041	Fisioterapia Uroginecológica (masculina e feminina) - Ambulatorial	46,00
500251041	Fisioterapia Uropediátrica - Ambulatorial	46,00
500251063	Quiropraxia	90,00
500251046	Fisioterapia de Deglutição - domiciliar	46,00

4.4 - FONOAUDIOLOGIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
40312184	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento em Ambulatório ou domiciliar.	46,00
40312183	Sessão de Fonoterapia Ambulatorial	34,00
40312183	Sessão de Fonoterapia hospitalar em pacientes internados.	23,00
10101020	Sessão de Fonoterapia domiciliar	40,00

4.5 - PSICOTERAPIA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101205	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	57,00
20104309	Sessão de Psicologia -Ambulatorial	57,00
10101205	Sessão de Psicologia - Hospitalar	34,00
10101020	Sessão de Psicologia domiciliar	60,00

4.6 - TERAPIA OCUPACIONAL E TERAPIA PSICOPEDAGÓGICA:

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101193	Consulta/Anamnese/Avaliação Inicial do tratamento	46,00
201041000	Sessão individual ambulatorial	34,00

4.7 - ACUPUNTURA

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101155	Avaliação Inicial do tratamento	46,00
31601014	Sessão (estando incluso o material)	46,00

4.8 - As sessões em regime hospitalar há necessidade de autorização prévia do Médico Auditor, mediante solicitação e justificativa técnica do médico assistente do paciente.

4.9 - NUTRIÇÃO

Cód/DGP	Procedimentos	Valor (R\$)
10101300	Consulta para avaliação nutricional ambulatorial	46,00
10101020	Atendimento domiciliar	60,00

4.10 – CONSULTAS

Cód/DGP	Procedimento	Valor (R\$)
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial para as diversas especialidades Observação: Compreende a anamnese, o exame e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas solicitação de exames complementares, quando necessário, e prescrição terapêutica, pode ser concluído ou não com um médico no momento.	75,00
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial ao psiquiatra.	100,00
Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial ao Gastroenterologista, Neurologista, Cardiologista e endocrinologista todos com a especialidade em pediatria.	90,00

Conforme constam cadastrados no SIRE/FUSEx	Consulta ambulatorial ao Alergologista e Pediatria.	90,00
--	---	-------

5. DEFINIÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE HOSPITAIS

5.1 – Conceituações

5.1.1 - As especialidades médicas básicas incluem: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Pediátrica e Clínica Ginecológica/obstétrica.

5.1.2 - Serviços de alta complexidade: será considerado o quantitativo de serviços existentes no hospital nas áreas de: hemodiálise, traumatologia ortopedia, cirurgia cardiovascular, cirurgia plástica reparadora, cirurgia bariátrica, quimioterapia, radioterapia, cateterismo cardíaco, medicina nuclear, ressonância magnética, radiologia intervencionista, tomografia computadorizada, atenção à saúde auditiva e oftalmológica, busca de órgãos e acompanhamento a transplantes.

5.2 - GRUPO 1

5.2.1 - Clínica Básica Incompleta: Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica, em duas ou três especialidades médicas básicas, sem atendimento de urgência/emergência.

5.2.2 - Hospital-dia: Estabelecimento de saúde com internação hospitalar de curta duração, de caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a hospitalização com permanência de 6 (seis) a 12 (doze) horas, sem atendimento de urgência/emergência.

5.3 - GRUPO 2

5.3.1 - Hospital Especializado: Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica em uma só especialidade e com outras especialidades correlatas ou de suporte, com regime de atendimento ambulatorial e de urgência e de internação.

5.4 - GRUPO 3

5.4.1 - Hospital Geral: Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médicas básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e cirurgia geral. Com regime de atendimento ambulatorial e de urgência e de internação

5.5 - GRUPO 4

5.5.1 - Hospital Geral de Referência: Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica nas especialidades médicas básicas e em especialidades médicas não básicas, oferecendo serviços de alta complexidade hospitalar, com regime de atendimento de urgência e de internação.

6. DIÁRIAS:

6.1 - As diárias serão pagas de acordo com a tabela abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	ENF	APTO	UA	UN	UP	DN
GRUPO 1	(*)	(*)	-	-	-	-
GRUPO 2	145,00	205,00	525,00	525,00	525,00	145,00
GRUPO 3	150,00	230,00	590,00	590,00	590,00	150,00
GRUPO 4	160,00	260,00	615,00	615,00	615,00	160,00
Legenda:						
E - Diária de Enfermaria						
A - Diária de Apartamento						

CLASSIFICAÇÃO	ENF	APTO	UA	UN	UP	DN
UA - Diária de Unidade de Terapia Intensiva de Adulto/Geral/Cardíaca						
UN - Diária de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal						
UP - Diária de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica						
DN - Diária de Unidade Neonatal ou Berçário de Médio Risco						

6.2 - A ausência de justificativa técnica ou evolução médica fundamentada que caracterize a necessidade da internação do paciente em determinado leito hospitalar implicará em GLOSA total da diária, ou adequação da mesma após perícia no prontuário. Esta medida administrativa tem como finalidade coibir os eventuais excessos terapêuticos e as operações não justificáveis à assistência aos usuários do Sistema FUSEx/PASS com prejuízo para o Sistema e para a União.

6.3 - A Diária Hospitalar será contada do dia imediato da internação, com a permanência de um paciente por um período indivisível maior de **12 horas e de até 24 horas**, excluído o dia da alta hospitalar.

6.3.1 - Transferido o paciente para outra unidade intra-hospitalar, os familiares/responsáveis desocuparão o apartamento. Caso o familiar ou responsável pelo paciente deseje manter a ocupação, este deverá assumir as despesas decorrentes;

6.3.2 - Quando da transferência de acomodação (UTI/Apartamento/UTI), o valor a ser pago será o da acomodação de destino;

6.3.3 - Quando o motivo da alta do paciente for por transferência, o CONTRATANTE não pagará a diária na data da alta ao hospital de origem, já que pagará a diária ao hospital de destino do paciente;

6.3.4 - O CONTRATANTE pagará a diária no dia da alta somente nos casos de óbito ou alta a pedido (registrado).

6.3.5 - As acomodações são assim definidas:

6.3.5.1 - Enfermaria: composto de quarto coletivo para até 6 pacientes, com acomodação para acompanhantes, com banheiro comum;

6.3.5.2 - Apartamento: composto de quarto com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, telefone (exceto a tarifa), televisão, ar-condicionado e frigobar;

6.3.5.3 - Apartamento (Maternidade): composto de quarto com ar condicionado, banheiro privativo, telefone (exceto a tarifa), televisão, acomodação (sofá-cama e poltrona) para acompanhante e para o recém-nascido no próprio quarto da mãe.

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

6.3.5.5 - Enfermaria (Maternidade): composto de quarto coletivo para dois ou três pacientes, com banheiro comum e com cadeira para os acompanhantes e acomodação para o recém-nascido, quando necessário.

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

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

6.4 - Composições das diárias

6.4.1 - Diárias normais:

6.4.1.1 - Considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas em apartamento, enfermaria, berçário normal, e hospital-dia.

6.4.1.2 - O valor da diária normal compreende:

apoio);

6.4.1.2.1 - Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de

6.4.1.2.2 - Preparo do paciente para procedimento cirúrgico, diagnóstico e terapêutico (tricotomia, enteróclise, lavagem gástrica, venóclise, cateterismos, entre outros);

6.4.1.2.3 - Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas;

6.4.1.2.4 - Lavagem e esterilização do instrumental e salas;

6.4.1.2.5 - Assepsia e anti-sepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e anti-sépticos;

6.4.1.2.6 - Equipamento de proteção individual;

6.4.1.2.7 - Salário e encargos do quadro de pessoal fixo da unidade;

6.4.1.2.8 - Higienização do paciente e desinfecção ambiental;

6.4.1.2.9 - Depreciação do prédio e de equipamentos permanentes;

6.4.1.2.10 - Outros custos recebidos por rateios;

6.4.1.2.11 - Aposento com leito próprio (cama e berço) e demais materiais permanentes (suporte de soro, aparadeira, escadinha, cadeira), com leito de acompanhante, quando for o caso;

6.4.1.2.12 - Troca de roupa de cama e banho do paciente e do acompanhante, quando for o caso;

6.4.1.2.13 - Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção de materiais e equipamentos permanentes do aposento;

6.4.1.2.14 - Uso da Central de oxigênio, ar comprimido, aspirador a vácuo, fluxômetro e umidificador;

6.4.1.2.15 - Uso de tensiômetro, termômetro, estetoscópio;

6.4.1.2.16 - Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais por SNG, gastrostomia/jejunostomia/ileostomia), dietas parenterais e suplementos alimentares), orientação nutricional durante a internação e no momento da alta;

6.4.1.2.17 - Registros hospitalares (boletim de internação e alta, prontuário médico, relatórios resumo de alta), envio de pedido de autorização para procedimentos médico/odonto/hospitalar/ambulatorial;

6.4.1.2.18 - Consumo de eletricidade e água;

6.4.1.2.19 - Acomodação e café da manhã para o acompanhante, se for o caso;

6.4.1.2.1.20 - Taxa administrativa;

6.4.1.2.21 - Assistência Médica, quando necessário;

6.4.1.2.22 - **Cuidados de enfermagem descritos a seguir:**

6.4.1.2.22.1 - Administração de medicamentos p/ todas as vias;

6.4.1.2.22.2 - Preparo instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

6.4.1.2.22.3 - Controle de sinais vitais;

6.4.1.2.22.4 - Controle de peso;

6.4.1.2.22.5- Controle de diurese;
6.4.1.2.22.6 - Sondagens gástricas e vesicais;
6.4.1.2.22.7 - Aspirações;
6.4.1.2.22.8 - Mudanças de decúbito;
6.4.1.2.22.9 - Locomoção interna do paciente;
6.4.1.2.22.10 - Controle de drenos;
6.4.1.2.22.11 - Controle de aspiração contínua;
6.4.1.2.22.12 - Controle de Balanço Hídrico;
6.4.1.2.22.13 - Cuidados e higiene pessoal do paciente;
6.4.1.2.22.14 - Preparo de inalações;
6.4.1.2.22.15- Medida de débitos (fístulas, sondas);
6.4.1.2.22.16 - Troca de fraldas;
6.4.1.2.22.17 - Preparo de corpo em caso de óbito;
6.4.1.2.22.18 - Transporte de equipamentos (Raio X, ECG, EEG, Ultrassom etc.).

6.4.1.3 - O valor da diária normal não compreende:

6.4.1.3.1 - Materiais, Medicamentos e OPME (Órteses, Prótese e Materiais Especiais);
6.4.1.3.2 -Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico;
6.4.1.3.3 - Uso de equipamentos não especificados anteriormente;
6.4.1.3.4 - Honorários Médicos;
6.4.1.3.5 - SADT (fisioterapia, hemoterapia, fototerapia etc.);
6.4.1.3.6 - Gases medicinais;

6.5 - As Diárias Especiais são definidas:

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

6.5.2 - BERÇÁRIO: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (incubadora, berço aquecido, berço); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta.

6.5.3- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (comum ou especial); Desfibrilador/Cardioversor, Bomba de infusão, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo, Monitor cardíaco, Respirador, Capnógrafo. Isolamento, quando necessário.

6.5.4- UTI NEO-NATAL: 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.

6.5.5 - O valor da diária especial não compreende: Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgicos não incluídos na composição da diária; OPME; Honorários Médicos; SADT.

6.5.6 - Para estas acomodações especiais estão válidas todas as inclusões e exclusões das diárias normais, além de se adicionar:

6.5.6.1 - Estrutura física de acordo com as normas de acreditação;

6.5.6.2 - Uso de monitor cardíaco;

6.5.6.3 - Uso de oxímetro de pulso;

6.5.6.4 - Uso de cardioversor;

6.5.6.5 - Uso de respirador;

6.5.6.6 - Uso de desfibrilador / cardioversor;

6.5.6.7 - Uso de nebulizador;

6.5.6.8 - Uso de aspirador a vácuo;

6.5.6.9 - Uso de até 3 bombas de infusão simultâneas;

6.5.6.10 - Materiais de rotina diária (1 conjunto de eletrodo diário, até 20 pares de luvas de procedimento, até 20 máscaras, até 10 gorros e material de asseio).

6.6 - Diárias com isolamento:

6.6.1 - Quando houver necessidade de isolamento do paciente, por ordem médica ou do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o valor da diária corresponderá ao da diária de apartamento ou UTI, acrescido de 10% (dez por cento).

6.6.2 - Define-se DIÁRIA COM ISOLAMENTO como alojamento especial para acomodação de pacientes imunodeprimidos ou com doença infectocontagiosa, por ordem médica ou da comissão controle de infecção hospitalar. Neste caso será necessário adaptar o aposento ao isolamento e a cobrança deverá ser por taxa diária, incluindo assim o uso dos EPI dos funcionários e visitantes.

6.7 - 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.

6.8 - DAY CLINIC: 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.

6.9 - 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.

6.10 - A estadia de paciente em leito diferente da sua cobertura, por conveniência do prestador, profissional assistente ou da família não serão acatadas pelo FUSEx.

6.11 - ACOMPANHANTE: A taxa de alimentação é contemplada para os acompanhantes dos pacientes menores de 18 (dezoito) anos, maiores de 60 (sessenta) anos de idade e pessoas portadoras de deficiências (Visual, Auditiva, mental, etc), pelo FUSEx/PASS, implantadas no código ZM2 para o FUSEx e descontadas do beneficiário titular em 20% (vinte por cento) para o PASS, conforme estabelecem o art. 64 da Portaria nº DGP-48/2008 e art. 68 da Portaria nº DGP-117, de 19 de maio de 2008 (IR 30-57).

7. TAXAS DE SALA

7.1 - Taxas hospitalares diversas e de sala operatória

7.1.1 - Não estão incluídos na utilização das mesmas os materiais e roupas descartáveis, materiais de consumo (descartáveis ou não), gases anestésicos e oxigênio, medicamentos, equipamentos ou aparelhos que não estiverem especificados como incluso na referida taxa, bem como serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento e serviços de hemoterapia, que serão cobrados de acordo com as tabelas, listas ou informes vigentes que se seguem abaixo:

7.1.2 - Taxas diversas

Especificação	Unidade	Grupo 1 Valor (R\$)	Grupo 2 Valor (R\$)	Grupo 3 Valor (R\$)	Grupo 4 Valor (R\$)
TAXA DE ALIMENTAÇÃO (Acompanhante, se menor de 18 e maior de 60 anos).E pessoas portadoras deficiências (Visual, Auditiva, mental, etc)	DIA	-	38,00	38,00	38,00
TAXA DE OBSERVAÇÃO em PS, de 2h (duas) às6h (seis) horas	USO	23,00	25,00	27,00	28,00
TAXA PERMANÊNCIA Hospitalar 6 às 12h,	USO	72,00	½ Diária	½ Diária	½ Diária
TAXA SALA AMBULATÓRIO	USO	32,00	34,00	36,00	38,00
Taxa SALA RECUPERAÇÃO com Vigilância Médica	HORA	-	43,00	45,00	48,00
TS Hemodinâmica	USO	-	340,00	360,00	390,00
TS PORTE 0	USO	-	51,00	68,00	85,00
TS PORTE I	USO	-	115,00	120,00	130,00
TS PORTE II	USO	-	170,00	180,00	196,00
TS PORTE III	USO	-	225,00	240,00	260,00
TS PORTE IV	USO	-	285,00	298,00	325,00
TS PORTE V	USO	-	323,00	358,00	392,00
TS PORTE VI	USO	-	397,00	418,00	457,00
TS PORTE VII	USO	-	477,00	510,00	590,00
TS PORTE VIII	USO	-	522,00	590,00	670,00

7.1.3 - Na **TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO** inclui instalações permanentes, serviços de enfermagem, rouparia, monitorização sinais vitais – TPR, uso de oxímetro, instalação e monitorização de PA não-invasiva, uso de monitor cardíaco, uso de aspirador a vácuo, EPI – Equipamento de Proteção Individual e vigilância médica.

7.1.4 - A **TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO** será devida quando o paciente permanecer em observação no Setor de Emergência por mais de 2 horas e menos de 6 horas por indicação médica.

7.1.5 - A **TAXA DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR** será paga quando da necessidade do paciente permanecer de 6 a 12 horas no leito hospitalar, o que equivale à meio diária.

7.1.6 - As **TAXAS DE SALA** serão cobradas de acordo com o PORTE ANESTÉSICO.

7.1.7 - Na **TAXA DE SALA AMBULATORIAL** está incluso o uso de rouparia, serviço enfermagem do procedimento, uso das mesas auxiliares e principais, uso de focos, uso de instrumental cirúrgico básico, preparo do paciente (sondagens, tricotomia – SEM MATERIAL) e antissepsias da sala e instrumental.

7.1.8 - A **TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA** inclui o uso das instalações da sala e equipamentos referentes ao procedimento, serviços de enfermagem, equipamento/instrumental de anestesia, para monitorização e desfibrilador/cardioversor.

7.1.9 - Quando o código do procedimento médico na CBHPM determinar a cobrança da UCO a TAXA DO EQUIPAMENTO não deverá ser paga para a CREDENCIADA.

7.1.10 - O **PORTE DA TAXA DE SALA** leva em consideração o tempo de cirurgia, material permanente utilizado, equipamentos utilizados e a necessidade de pessoal de apoio. Inclui então o uso da sala de cirurgia, da mesa operatória, mesas auxiliares, suportes de soro,

rouparia (roupas e campos cirúrgicos), hamper, material permanente de entubação, serviço enfermagem do procedimento, assepsia e anti-sepsia (equipe e paciente), focos, guias de focos, escada, controle de sinais vitais, instrumental básico para cirurgia, uso do carro de anestesia, tensiômetro, estetoscópio, termômetro, de monitor cardíaco, aspirador elétrico ou a vácuo, bisturi elétrico, oxímetro de pulso, cardioversor, esterilização/desinfecção de instrumentais, locomoção do paciente, instrumentadora, circulantes de sala, serventes, auxiliares administrativos, materiais recicláveis (chicote, cal sodada, traquéias, balões com ou sem popoff) e insumos (álcool, álcool iodado, algodão hidrófilo, água oxigenada, éter, polvidine, soapex, esparadrapo, micropore, gases, compressas cirúrgicas, gorro, máscara, propés, borracha do aspirador, luva de procedimento e luva cirúrgica).

7.1.11 – Gasoterapia

As Taxas de Gasoterapias serão remuneradas conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Descrição	Valor (R\$)
Ar comprimido (Cada Hora)	14,00
Argônico (Cada Hora)	24,22
Gás Carbônico (Cada Hora)	12,00
Nebulização com Oxigênio (Cada Aplicação)	4,80
Nebulização sem Oxigênio (Cada Aplicação)	3,65
Nitrogênio/Óxido Nitroso (Cada Hora)	16,80
Oxigênio (Cada Hora)	21,00
Protóxido de Azoto (Cada Hora)	19,80
Observação: Quando for usado concomitantemente o oxigênio com ar comprimido será pago somente 50% (cinquenta por cento) do valor de cada gás.	

7.1.11.1 - A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme anotação em prontuário, sendo unificado um mesmo valor para todas as classes de prestador. Está sendo usado como **referência** o valor equivalente à **uma hora de consumo, podendo a hora ser divisível e calculada de forma fracionada**.

7.1.11.2 - A nebulização com oxigênio compreende o uso de oxigênio ou ar comprimido, máscara, o serviço de enfermagem, os materiais, soluções e medicamento broncodilatadores (atrovent e berotec). Serão remunerados separadamente os corticóides e fluidificantes, quando prescrito pelo médico.

8. TAXAS EM GERAL

8.1 - As **Taxas de Utilização de Equipamentos** serão remuneradas, conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Discriminação	Fator	Preço (R\$)
Balão intra-aórtico/instalação	Instalação	176,00
Balão intra-aórtico/uso	Hora	6,00
Berço Aquecido	Dia	28,00
Bisturi Alta Frequência	Uso	32,00
Bisturi elétrico Bipolar	Uso	24,00
Bomba de infusão (A partir da 4ª)	Dia	11,50
Bomba de infusão fora da UTI e CC	Dia	11,50
Camino (Aparelho de pressão craniana)	Uso	106,41
Capinógrafo	Uso	18,70
Cardioestimuladortransesofágico	Uso	106,40
Colchão de ar ou de água	Dia	4,00
Colchão Térmico	Dia	6,00
Cpap/Bpap	Dia	12,00
Craneótomo	Sessão	15,00

Desfibrilador (p/ aplicação)	Sessão	28,00
Drill cirúrgico	Uso	85,00
Fibra Ótica	Sessão	19,79
Fototerapia	Dia	10,40
Incubadora s/ oxigênio (até 2 h)	Hora	2,12
Incubadora s/oxigênio (2 a 24 h)	Hora	31,92
Intensificador de imagens (Exceto Hemodinâmica)	Uso	75,42
Litotripsia	Sessão	425,00
Marca-passo externo (temporário)	Uso	85,00
Mediastinoscopia	Uso	71,00
Microscópio Cirúrgico	Uso	42,70
Microscópio de alta resolução	Uso	77,60
Monitor cardiorespiratório(Apt e Enf)	Dia	19,88
Monitorização pressão intracraniana	Dia	73,80
Nebulização aquec. s/ O2 p/ 24h	Dia	17,00
Nebulização aquec. s/ O2 p/ aplic.	Sessão	2,80
Oxímetro na SO	Sessão	17,76
Perfurador elétrico	Uso	29,00
Respirador de pressão (BIRD)	Dia	22,16
Respirador de volume	Dia	36,00
Sondagem gástrica (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	16,00
Sondagem Retal (exclui materiais e medicamentos) externo	Uso	16,00
Sondagem Vesical (exclui materiais e medicamento) externo	Uso	14,00
Video Cirurgia: Nasal/Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos+trocater permanente+kit) Instrumental do Vídeo, incluindo Capa e Fibra Ótica.	Sessão	495,00
Video diagnóstico: Abdominal/Articular/Uterina/Urológica/Otorrino (inclui material reciclável+insumos).	Sessão	100,00

9. TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS OFTALMOLÓGICOS:

9.1 – As **Taxas de utilização de equipamentos oftalmológicos** serão remuneradas conforme a seguinte tabela deste Anexo:

Discriminação	Preço (R\$)
Campímetro (Campimetria Computadorizada)	40,00
Crio para catarata	20,00
Crio para retina	40,00
Ecobiômetro	18,00
Eletrorretinógrafo	40,00
Microscópio cirúrgico	72,00
Microscópio especular	24,00
OCT	153,00
Oftalmoscópio indireto	8,50
PAM	12,00
Paquímetro	43,00
Retinógrafo (Colorido)	43,00
Retinógrafo (Fluorescente)	107,00
Taxa de Bisturi Bipolar	19,00
Tomógrafo (Tomografia de Coerência Óptica)	52,00
Tonômetro	5,70
Topógrafo (Topografia Corneana)	40,00
Ultrassom	20,00

Vitreófago	35,50
Yag laser	95,00

10. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

10.1 - As Dietas Enteral e Parenteral manipuladas deverão ser precedida de indicação de quantidade diária e de justificativa técnica do médico assistente, devendo a quantidade ser autorizada previamente pelo Serviço de Auditoria do FUSEx.

10.1.1 - Nutrição Parenteral

10.1.1.1 - A dieta parenteral especial, já industrializada, será paga de acordo com o Guia farmacêutico Brasíndice, conforme o preço do fabricante, sem inflator.

10.1.1.2 - O CONTRATANTE realizará a adequação do custo da dieta ao preço de mercado através da solicitação de orçamento de até 3 (três) fornecedores diferentes.

10.1.2 - Nutrição Enteral

10.1.2.1 - A dieta enteral especial, já industrializada, será paga de acordo com o Guia farmacêutico Brasíndice, conforme o preço do fabricante, sem inflator.

10.2 - Normas de Procedimentos

10.2.1 - Estão incluídos nos serviços de nutrição: honorários médicos, honorários do nutricionista, serviços de enfermagem, preparo (todo material e medicamento), taxa de preparo, equipos e aplicação;

10.2.2 - Somente para paciente internado em CREDENCIADAS em caso de necessidade justificada em laudo pelo médico e nutricionista assistentes do paciente, com aprovação do Médico Auditor do FUSEx/PASS.

10.2.3 - Em caso de necessidade do beneficiário vir a usar a nutrição enteral ou nutrição parenteral deverá constar a solicitação do médico e nutricionista assistentes, o plano terapêutico nutricional, a valoração da dieta e dos equipos eo número de dias que a mesma será administrada. Devendo a solicitação e justificativa ser encaminhadas ao e-mail auditoriafusex2016@gmail.com para fins de autorização da auditoria FUSEx/2º BEC.

10.3 - A CREDENCIADA deverá possuir uma equipe composta por médicos, nutricionistas, enfermeiros e farmacêuticos;

10.4 - A CREDENCIADA deverá ter seus registros legais na Vigilância Sanitária e cumprir as portarias do Ministério da Saúde pertinentes aos serviços de nutrição enteral e parenteral.

11. TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE OCS CREDENCIADAS

11.1 - Quando houver necessidade de transferência de um paciente entre diferentes serviços hospitalares, esta deverá ser comunicada ao Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC e deverá ocorrer quando esgotarem-se as possibilidades Diagnósticas/Terapêuticas do serviço de origem, sendo o paciente removido para um serviço de maior complexidade.

11.1.1 -A comunicação deverá ser enviada ao FUSEx previamente por e-mail, para análise do Médico Auditor, onde o mesmo avaliará a pertinência da transferência.

11.1.1.1 - Em se tratando da necessidade de transferência em razão de intercorrência de emergência, cabe à OCS comunicar ao FUSEx no prazo de **até 12 (doze) horas**.

11.1.2 - A conta de um paciente transferido para outra OCS, sem justificativa técnica que caracterize a intercorrência, não será reconhecida pelo FUSEx e, consequentemente será glosada totalmente.

11.1.3 - Junto com o pedido de transferência, deverá constar anexado com relatório do médico assistente o quadro clínico e a intercorrência que justifique tecnicamente o pedido de autorização, para a transferência do paciente para outra OCS com serviços de maior complexidade.

11.1.4 - A remoção do paciente de uma OCS credenciada para outra só poderá ocorrer por motivo de intercorrência que indique a necessidade de o paciente ser transferido para outra OCS, com recursos de assistência médica de maior complexidade que vise atender a demanda vinculada à intercorrência que dê origem à transferência.

11.1.5 - Os custos para a transferência entre OCS credenciados, caso seja autorizado pelo Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC, será por conta da OCS onde o paciente estiver inicialmente internado.

12. TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS (Por Especialidades):

12.1 – CIRURGIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50007004	Alveoloplastia (por segmento)	79,00
50007014	Apicet. De Pré-Molares - Com obturação retrógrada	163,00
50007012	Apicetomia de Can. ou Inc. - Com obturação retrógrada	138,61
50007011	Apicetomia de Caninos ou Incisivos	129,90
50007015	Apicetomia de Molares	179,10
50007016	Apicetomia de Molares - Com obturação retrógrada	187,71
50007013	Apicetomia de Pré-Molares	154,48
50007006	Biópsia	79,34
50007082	Cirurgia de Cisto	102,12
50007056	Cirurgia de Hipertrofia do Lábio	248,40
50007019	Cirurgia de Tumores Intra-Ósseos	138,10
50007057	Cirurgia Para Microstomia	414,00
50007010	Cirurgia Para Torus Mandibular - Bilateral	122,90
50007009	Cirurgia Para Torus Mandibular - Unilateral	80,65
50007008	Cirurgia Para Torus Palatino	101,17
50007031	Drenagem de Abscesso	45,54
50007026	Excisão de Glândula Parótida	513,92
50007024	Excisão de Glândula Sublingual	316,95
50007025	Excisão de Glândula Submandibular	316,95
50007030	Excisão de Mucocele de Desenvolvimento	341,57
50007027	Excisão de Rânula	78,92
50007042	Excisão de Sutura de Lesão da Boca com Rot de Retalho	207,00
50007028	Excisão de Tumor de Glândula Salivar	316,95
50007055	Excisão em Cunha de Lábio e Sutura	102,12
50007003	Exodontia (raiz residual)	58,13
50007002	Exodontia a Retalho	72,42
50007001	Exodontia por elemento	58,13
50007065	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução cruenta	124,20
50007066	Fraturas Alvéolo-Dentárias - Redução Incruenta	69,00
50007075	Fraturas Complexas do Segda Face com Fixação Pericraniana	441,60
50007074	Fraturas Complexas do Segmento Fixo da Face	386,40
50007077	Fraturas de Osso Zigomático-Redução cirúrgica e fixação	414,00
50007076	Fraturas do Arco Zigomático-Redução cirúrgica sem fixação	317,40
50007017	Frenectomia ou Bridectomia	89,31
50007045	Maxilectomia com ou sem Esvaziamento Orbitário	414,00
50007078	Osteoplastia Zigomático - Maxilar	337,79
50007049	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort I	386,40

50007050	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort II	494,87
50007051	Osteotomia e Osteoplastia de Maxila Tipo Le Fort III	600,30
50007048	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Laterognostismo	386,40
50007047	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Micrognatismo	386,40
50007046	Osteotomia/Osteoplastia de Mandíb/Prognatismo	449,33
50007035	Palentolabioplastia Bilateral	407,65
50007034	Plástica do Canal de Stenon	338,10
50007054	Reconstrução de Sulco Gengivo-Labial	143,52
50007053	Reconstrução Parcial de Mandíbula com Enxerto Ósseo/Prótese	449,33
50007037	Reconstrução Parcial do Lábio Traumatizado	317,40
50007038	Reconstrução Total de Lábio Traumatizado	455,40
50007052	Reconstrução Total de Mandíbula com Enxerto Ósseo/Prótese	510,60
50007039	Redução Cirúrgica de Luxação de ATM	310,50
50007062	Redução Cruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	441,60
50007063	Redução Cruenta de Fratura Cominutiva de Mandíbula	524,40
50007071	Redução Cruenta de Fratura Le Fort I	386,40
50007072	Redução Cruenta de Fratura Le Fort II	483,00
50007073	Redução Cruenta de Fratura Le Fort III	552,00
50007060	Redução Cruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	303,60
50007064	Redução de Fratura de Côndilo Mandibular	427,80
50007058	Redução de Fratura de Ossos Próprios do Nariz	414,00
50007061	Redução Incruenta de Fratura Bilateral de Mandíbula	234,60
50007068	Redução Incruenta de Fratura Le Fort I	207,00
50007069	Redução Incruenta de Fratura Le Fort II	262,20
50007070	Redução Incruenta de Fratura Le Fort III	386,40
50007059	Redução Incruenta de Fratura Unilateral de Mandíbula	193,20
50007067	Reimplante de Dente (por elemento)	110,40
50007022	Remoção de Corpo Estranho no Seio Maxilar	170,94
50007018	Remoção de Dentes Inclusos ou Impactados	150,00
50007081	Retirada de Ancoragem e Cerclagens	38,64
50007080	Retirada de Bloqueio Maxilo-Mandibular	38,64
50007029	Retirada de Cálculo Salivar	128,18
50007079	Retirada de Fios Intra ou Trans-Ósseo	41,40
50007033	Sinusotomia	182,16
50007007	Sulcoplastia (por elemento)	87,14
50007044	Suturas Múltiplas de Face	104,88
50007043	Suturas Simples de Face	69,00
50007021	Trat de Lesão Císt. (Marzupialização e enucleação final)	179,15
50007023	Trat. Cir.de Físt. Buco-Sinusal/Buconasal com Retalho	138,09
50007036	Tratamento Cirúrgico do Lábio Leporino	317,40
50007040	Tratamento Cirúrgico/Anquilose de ATM (por lado)	386,40
50007041	Tratamento Cirúrgico/Osteomielite dos Ossos Face	386,40
50007020	Tratamento de Lesão Cística (enucleação)	154,51
50007032	Ulectomia	49,40
50007005	Ulotomia	51,34

12.2 – RADIOLOGIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50011002	Interproximal (Bite-Wing)	8,00
50011010	Modelos Ortodônticos (par)	30,00
50011003	Oclusal	17,40
	Pacote Ortodôntico (kit/Documentação):	
50011006	- 1 Rx panorâmica	30,00

50011007	- 1 Telerradiografia com traçado	30,00	93,00
50011010	- 1 Par de gesso zocalado	30,00	
50011012	- 8 fotografias.	3,00	
50011001	Periapical (uma série são 14 Raios X)	8,00	
50011006	Panorâmica / Panorâmica para Implante	30,00	
50011005	Rx da ATM Série Completa (três incidências) / Panorâmica das ATM (Boca Aberta e Fechada)	64,00	
50011009	Rx da Mão (Carpal)	47,40	
50011004	Rx Postero-Anterior	43,10	
50011011	Slides (unidade)	7,80	
50011007	Telerradiografia Com Traçado Computadorizado	30,00	
50011008	Telerradiografia Sem Traçado Computadorizado	30,00	
50011014	Tomografia Computadorizada por Arcada Maxilar ou Mandíbula (TC CONE BEAM TOTAL)	230,00	
50011013	Tomografia Computadorizada uma região (TC CONE BEAM PARCIAL)	180,00	
50011012	Fotografia (unidade)	3,00	

12.3 – PREVENÇÃO

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50001003	Aplicação Tópica de Flúor (excluindo profilaxia)	24,36
50001004	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	24,78
50001001	Profilaxia: Polimento coronário (quatro hemiarcadas)	40,51
50001005	Trat de Gengivite–Terapêutica básica (2hemiarcadas)	54,33

12.4 – ODONTOPEDIATRIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50002006	Adequação do Meio Bucal c/ I.V. (por hemiarcada)	49,09
50002007	Adequação do Meio Bucal Com IRM (por hemiarcada)	47,33
50002004	Aplicação de Cariostático - 1 sessão (4hemiarcadas)	24,90
50002002	Aplicação de Selante (por elemento)	26,57
50002003	Aplicação de Selante-Técnica invasiva (por elemento)	31,12
50002001	Aplicação Tópica de Flúor-Verniz (4hemiarcadas)	25,54
50002017	Condicionamento em Odontopediatria (por sessão, máximo 2)	37,56
50002010	Coroa de Aço	67,68
50002013	Exodontia de Dentes Decíduos	28,75
50002014	Mantenedor de Espaço	135,16
50002015	Placa de Mordida	153,67
50002016	Plano Inclinado	153,67
50002011	Pulpotomia	80,00
50002005	Remineralização - Flúoroterapia (quatro sessões)	97,46
50002008	Restauração de Ionômero de Vidro (1 face)	42,39
50002009	Restauração Preventiva (ionômero + selante)	38,69
50002012	Tratamento Endo Decíduos (PULPECTOMIA)	71,50
50002019	Ulectomia	55,44
50002018	Ulotomia	51,34

12.5 – DENTÍSTICA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50003013	Ajuste Oclusal (por sessão)	43,69
50003009	Faceta em Resina	73,62
50003012	Núcleo de Preenchimento em Amálgama	57,91

50003010	Núcleo de Preenchimento em Ionômero de Vidro	45,01
50003011	Núcleo de Preenchimento Resina Fotopolimerizável	58,34
50003006	Rest Resina Fotopolimerizável – Clas I, V ou VI	42,38
50003008	Rest Resina Fotopolimerizável - Clas II ou IV	64,94
50003007	Rest Resina Fotopolimerizável - Clas III	44,16
50003001	Restauração de Amálgama - 1 face	35,12
50003002	Restauração de Amálgama - 2 faces	44,18
50003003	Restauração de Amálgama - 3 faces	52,70
50003004	Restauração de Amálgama - 4 faces	65,09
50003005	Restauração de Amálgama Pin	69,21

12.6 – ENDODONTIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50004009	Capeamento Pulpar (excluindo restauração final)	43,62
50004012	Preparo Para Núcleo Intrarradicular	20,85
50004010	Pulpotomia	46,55
50004008	Remoção de Núcleo Intrarradicular (por elemento)	60,81
50004004	Retratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	145,00
50004006	Retratamento Endodôntico de Molar	282,00
50004005	Retratamento Endodôntico de Pré-Molar	185,00
50004007	Tratamento de Perfuração	58,26
50004001	Tratamento Endodôntico de Incisivo/Canino	140,00
50004003	Tratamento Endodôntico de Molar	265,00
50004002	Tratamento Endodôntico de Pré-Molar	170,00
50004013	Tratamento de Dentes com Rizogê.Incomp. (Por sessão)	26,24
50004014	Urg. Endo–Pulpect (independente da sequência do tratamento)	49,96

12.7 – ORTODONTIA

12.7.1 - Os procedimentos de **ortodontia** para pacientes **acima de 16 (dezesseis)anos** estão sujeitos a parecer de **Comissão de Ética**, conforme a regulamentação contida na Portaria nº 048-DGP, de 28 de FEV 08 (IR 30-38).

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50008027	Aparelho de Thurow	122,76
50008005	Aparelho Extra-Bucal	106,00
50008001	Aparelho Ortodôntico Fixo (metálico) – 1 arcada	169,00
50008023	Aparelho Removível com alça de Bionator invertida	220,00
50008024	Aparelho Removível com alça de Escheler	220,00
50008006	Arco Lingual	122,10
50008008	Barra Transpalatina Fixa	50,00
50008009	Barra Transpalatina Removível	50,00
50008021	Bimler	233,00
50008025	Bionator de Balters	220,00
50008007	Botão de Nance	60,00
50008037	Confecção e cimentação de banda ortodôntica e soldagem de tubo	31,80
50008036	Contenção lingual (Contenção Inferior)	40,00
50008018	Disjuntor Palatino tipo Has, Hyrax	127,00
50008019	Disjuntor Palatino tipo McNamara, Faltin	127,00
50008014	Distalizador de molar, tipo Jones Jig	100,00
50008020	Frankel	233,00
50008011	Grade Palatina Fixa	122,10
50008030	Grade Palatina Removível	85,00
50008015	Herbst Encapsulado	220,00

50008035	Mantenedor de espaço banda alça	80,00
50008034	Mantenedor de espaço em acrílico	100,00
50008003	Manutenção de Aparelho Ortodôntico (incluso até 2 braquetes)	75,00
50008033	Manutenção de aparelho removível (Controle Mensal)	55,00
50008016	Máscara Facial - Delaire, Tração Reversa (sem Disjuntor)	220,00
50008017	Mentoneira	69,63
50008013	Pendex de Hilgers com mola de TMA	150,00
50008012	Pendulum de Hilgers com mola de TMA	150,00
50008028	Placa de Hawley (Contenção Superior)	106,00
50008029	Placa de Hawley com torno expensor	106,00
50008026	Placa Dupla de Sanders	220,00
50008004	Placa Lábio-ativa	106,00
50008032	Placa Miorrelaxante em acrílico	220,00
50008022	Planas	220,00
50008031	Planejamento em ortodontia	44,22
500081014	Recimentação de Anel Solto	26,60
50008101	Recolagem de braquete (unidade)	15,00
500081016	Remoção de aparelho fixo com moldagem	110,00

12.8 – PERIODONTIA

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50005008	Ajuste Oclusal (por sessão)	43,69
50005023	Amput Radicular com Obturação Retrógada – por raiz	138,61
50005022	Amput Radicular sem Obturação Retrógada – por raiz	129,90
50005028	Aumento de coroa clínica (p/elemento)	100,00
50005013	Cirurgia Retalho (por segmento)	103,62
50005005	Controle de Placa Bacteriana (por sessão)	24,78
50005015	Cunha Distal (por elemento)	98,69
50005006	Dessensibilização Dentária (por segmento)	30,03
50005018	Enxerto Livre (por elemento)	123,30
50005017	Enxerto Pediculado (por elemento)	102,79
50005016	Extensão de Vestíbulo (por segmento)	103,62
50005020	Frenectomia ou Bridectomia	89,31
50005012	Gengivectomia (por segmento)	100,54
50005007	Imobilização Dentária com Res Fotopolimerizável (3 dentes)	73,73
50005032	Manutenção do Trat cirúrgico relacionada a proc. regenerativo (p/ sessão) totalizando 4 sessões	15,53
50005021	Odonto-Secção (por elemento)	90,51
50005010	Placa de Mordida Miorrelaxante	158,26
50005011	Proervação Pré-Cirúrgica (por segmento)	45,10
50005009	Remoção de Fatores de Retenção	45,13
50005014	Sepultamento Radicular (por raiz)	103,62
50005004	Tratamento de Processo Agudo (por sessão)	57,27
50005003	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite Grave (p/Seg) Alto Risco	53,88
50005002	Tratamento não cirúrgico periodontite moderada (p/seg) médio risco	31,05
50005001	Tratamento Não Cirúrgico Periodontite.Leve (p/ Seg) Baixo Risco	49,61

50005027	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite grave de 2 em 2 meses	68,31
50005025	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite Leve 6 em 6 meses	68,31
50005026	Tratamento periodontal de manutenção para periodontite Moderada 4 em 4 meses	68,31

12.9 – IMPLANTODONTIA

13.9.1 - Todos os procedimentos de **implantodontia** estão sujeitos a parecer de **Comissão de Ética**, conforme regulamenta a Portaria nº 048-DGP, de 28 FEV 08 (IR 30-38).

Código	Procedimentos	Valor (R\$)
50009008	Cirurgia de enxerto ósseo em bloco (por elemento) - HONORÁRIOS	800,00
50009009	Cirurgia de levantamento de seio maxilar traumático com regeneração óssea guiada por elemento- HONORÁRIOS	800,00
50009010	Cirurgia para colocação de cicatrizador – 2ª fase cirúrgica por elemento - HONORÁRIOS	100,00
50009011	Consulta de manutenção de implantes dentários - HONORÁRIOS	40,00
50009012	Enxerto conjuntivo subepitelial por elemento - HONORÁRIOS	150,00
50009013	Enxerto livre por elemento - HONORÁRIOS	150,00
50009014	Enxerto pediculado por elemento – HONORÁRIOS	120,00
50009015	Guia cirúrgico para implante dentários - HONORÁRIOS	100,00
50009017	Instalação de implante osseointegrado – Cone Morse - HONORÁRIOS	600,00
50009016	Instalação de implante osseointegrado - HONORÁRIOS	500,00
50009019	Regeneração óssea guiada por segmento - HONORÁRIOS	450,00

13. PACOTES EM GERAL

13.1 - Pacotes de Exames

13.1.1 - Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais, de auxiliares (exceto do anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, exames de base, taxa de sala e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

13.1.1.1 - Aplicam-se aos PACOTES as regras da CBHPM 5ª edição em que **as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões**, serão remuneradas **70%**, **ou pela mesma incisão**, serão remuneradas **50%**, do procedimento principal.

13.1.2 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

Código CBHPM	Descrição	Valor (R\$)
4.10.01.10-9	Abdome superior	352,00
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	460,00

4.13.01.01-3	Angiofluoresceinografia - monocular	242,00
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral	326,63
4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral	326,63
4.09.01.36-0	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais)	253,40
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral	326,63
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral	326,63
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	2.045,00
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário - por vaso	2.045,00
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	2.270,00
4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatória de controle	2.045,00
4.10.01.14-1	Articulação (esterno clavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxofemoral ou joelho ou pé) - unilateral	352,00
4.10.01.04-4	Articulações temporomandibulares	352,00
3.13.02.01-7	Biópsia de vagina	72,00
3.13.01.02-9	Biópsia de vulva	73,00
3.13.03.02-1	Biópsia do colo uterino	73,00
3.13.03.03-0	Biópsia do endométrio	65,00
3.12.06.03-4	Biópsia peniana	113,00
4.02.01.03-1	Broncoscopia com biópsia transbrônquica	380,00
4.02.01.05-8	Broncoscopia com ou sem aspirado ou lavado brônquico bilateral	340,00
3.09.11.07-9	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	3.000,00
3.13.01.03-7	Cauterização química, ou eletrocauterização, ou criocauterização de lesões da vagina (por grupo de até 5 lesões)	91,00
4.02.01.06-6	Cistoscopia e/ou uretroscopia	194,00
4.08.06.08-1	Clister ou enema opaco (duplo contraste)	177,00
4.08.06.10-3	Colangiografia intra-operatória	136,00
4.08.06.11-1	Colangiografia pós-operatória (pelo dreno)	136,00
4.08.09.06-4	Colangiografia transcutânea	230,00
4.02.02.66-6	Colonoscopia com biópsia e/ou citologia	450,00
4.02.01.08-2	Colonoscopia (inclui a retossigmoidoscopia)	422,00
4.10.01.12-5	Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	352,00
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrsica ou órbitas	352,00
4.08.09.08-0	Dacriocistografia	203,00
4.08.06.01-4	Deglutograma	174,00
4.09.01.44-0	Doppler colorido peniano com fármaco_ indução	352,00
4.08.09.01-3	Ductografia (por mama)	240,00
4.09.01.07-6	Ecodopplercardiograma com estresse farmacológico	1.127,00
4.09.01.09-2	Ecodoppler cardiograma transesofágico (inclui transtorácico)	444,00
4.02.02.57-7	Endoscopia c/ retirada de corpo estranho do esôfago, estômago ou duodeno)	454,00
4.02.01.12-0	Endoscopia digestiva alta	300,00
4.02.02.61-5	Endoscopia digestiva alta com biópsia e teste de uréase (pesquisa Helicobacterpylori)	340,00
4.02.02.03-8	Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia	332,00
4.02.02.25-9	Esclerose de varizes de esôfago, estômago ou duodeno	450,00
4.08.06.03-0	Esôfago	97,00
4.08.06.05-7	Esôfago - hiato - estômago e duodeno	161,00
4.08.06.04-9	Estômago e duodeno	134,00
4.08.06.07-3	Estudo de delgado com duplo contraste	147,00
3.13.03.07-2	Excisão de pólipos cervical	95,00

4.10.01.03-6	Face ou seios da face	352,00
4.08.09.05-6	Fistulografia	193,00
4.02.01.15-5	Histeroscopia diagnóstica	175,00
4.08.09.03-0	Histerossalpingografia	165,00
4.09.01.32-7	Histerossonografia	363,00
2.01.03.30-1	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	102,00
3.01.01.64-6	Infiltração intralesional, cicatricial e hemangiomas - por sessão	50,00
4.02.02.42-9	Laringoscopia/traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)	228,00
4.01.02.02-5	Manometria computadorizada anorretal	386,00
4.01.02.05-0	Manometria esofágica computadorizada com teste provocativo	400,00
4.01.02.06-8	Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo	385,00
4.01.02.07-6	Manometria esofágica para localização dos esfíncteres pré-pH-metria	340,00
4.08.08.06-8	Marcação pré-cirúrgica por estereotaxia, orientada por imagem - por mana (já inclui exame de base)	265,00
4.10.01.02-8	Mastóides ou orelhas	352,00
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia	352,00
4.13.01.28-5	Peniscopia (inclui bolsa escrotal)	41,00
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireóide e faringe)	352,00
4.07.08.12-8	PET / CT - Corpo inteiro	4.000,00
4.07.08.12-8	PET / CT - Neurológico ou Cardíaco	3.200,00
4.01.02.09-2	pH-metria esofágica computadorizada com dois canais	397,00
4.01.02.10-6	pH-metria esofágica computadorizada com três canais	397,00
4.01.02.08-4	pH-metria esofágica computadorizada com um canal	397,00
4.02.02.54-2	Polipectomia de cólon (independentemente do número de pólipos)	745,00
4.02.02.55-0	Polipectomia do esôfago, estômago ou duodeno (independentemente do número de pólipos)	365,00
3.11.01.40-2	Punção biópsia renal percutânea	289,00
3.07.13.14-5	Punção extra-articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração/agulhamento seco). Quando orientada por RX, US, TC E RM, cobrar código correspondente	185,00
3.07.15.25-3	Punção líquórica	160,00
4.02.01.17-1	Retossigmoidoscopia flexível	160,00
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)	352,00
4.08.09.02-1	Sialografia (por glândula)	205,00
4.10.01.07-9	Tórax	352,00
4.08.06.06-5	Trânsito e morfologia do delgado	140,00
4.08.07.05-3	Uretrocistografia de adulto	244,00
4.08.07.06-1	Uretrocistografia de criança (até 12 anos)	270,00
4.13.01.34-0	Urodinâmica completa	330,00
4.08.07.01-0	Urografia venosa com bexiga pré e pós-miccional	237,00
4.08.07.04-5	Urografia venosa com nefrotomografia	257,00
4.08.07.03-7	Urografia venosa minutada 1-2-3	243,00
4.02.01.21-0	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica flexível	243,00
4.02.01.22-8	Vídeo-endoscopia naso-sinusal com ótica rígida	201,00
4.02.01.25-2	Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio flexível	253,00
4.02.01.26-0	Vídeo-faringo-laringoscopia com endoscópio rígido	214,00
4.03.10.15-9	Exame Laboratorial: Cultura para mycobacterium	140,00
4.07.01.06-9	Cintilografia do miocárdio perfusão - repouso	700,00

4.07.01.14-0	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico	700,00
4.07.01.13-1	Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse farmacológico	700,00
4.07.06.01-0	Cintilografia óssea (corpo total)	450,00
4.01.01.03-7	Teste ergométrico computadorizado (inclui ECG basal convencional)	139,40
2.01.02.02-0	Holter de 24 horas - 3 canais - digital	175,00
2.01.02.03-8	Monitorização ambulatorial da pressão arterial - MAPA (24 horas)	175,00
4.09.01.10-6	Ecodopplercardiograma transtorácico	274,78
4.01.01.01-0	ECG convencional de até 12 derivações	27,32
4.01.05.07-5	Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	75,00
Código DGP/FUSEX 20100105	Exame Laboratorial: Anti transglutaminase – IgA	86,00
Código DGP/FUSEX 20100105	Exame Laboratorial: Anti transglutaminase – IgG	86,00
Código DGP/FUSEX 20100105	Exame Laboratorial: Protrombina, pesquisa de mutação	269,00
Código DGP/FUSEX 500251009	Baropodometria	200,00
Código DGP/FUSEX 20100105	Exame Laboratorial: Anticorpos Anti-peptídeo Citrulinado (ANTI-CCP)	286,00
4.03.06.41-0	Antineutrófilos (anca) P	54,00
4.03.06.40-2	Antineutrófilos (anca) C	54,00
4.03.07.61-1	Parvovírus - IgG, IgM (cada)	216,00
4.06.01.18-8	Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolada	449,55
4.03.02.16-4	Lactose, teste de tolerância	108,00
4.03.09.05-3	Criptococose, cândida, aspérgilus (látex) no líquido	149,00
4.03.02.84-9	Vitamina K, dosagem	500,00
4.03.01.67-2	Cromatografia de aminoácidos (perfil qualitativo)	99,00
4.03.16.17-3	Catecolaminas	74,00
4.03.06.69-0	Complemento C2	88,00
4.03.05.28-7	Enzima conversora da angiotensina (ECA)	65,00
4.03.01.06-0	Ácido ascórbico (vitamina C)	63,00
4.03.04.15-9	Fator II, dosagem	216,00
4.03.04.22-1	Fator XI, dosagem	198,00
4.03.05.09-0	17-hidroxipregnenolona	550,00
4.03.14.10-3	Hepatite C (quantitativo) por PCR	280,00
4.03.04.19-1	Fator VIII, dosagem do antígeno (Von Willebrand)	298,00
4.03.16.18-1	Composto S (11 - desoxicortisol)	120,00
4.03.04.01-9	Anticoagulante lúpico, pesquisa	50,00
4.03.06.05-4	Anti-actina	175,00
4.03.11.30-9	Eletroforese de proteínas urinárias, com concentração.	170,00
4.14.01.38-7	Testes cutâneo-alérgicos para fungos	90,00
4.14.01.36-0	Testes cutâneo-alérgicos para alérgenos da poeira	90,00
4.14.01.37-9	Testes cutâneo-alérgicos para alimentos	90,00
4.14.01.39-5	Testes cutâneo-alérgicos para insetos hematófagos	90,00
4.14.01.40-9	Testes cutâneo-alérgicos para pólenes	90,00

13.1.2 – Pacotes de Exames Especiais

13.1.2.1 – Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais, de auxiliares, (exceto do anestesista), materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, exames de base, taxa de sala e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

Códigos CBHPM	Procedimentos	Valor (R\$)
4.01.03.46-3	Teste da Orelhinha (desde que seja realizado no prazo de até 48 horas após o nascimento do RN e antes da alta do paciente, em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	35,00
4.03.12.17-8	Teste do Pezinho (desde que seja realizado no prazo de até 5 (cinco) dias corridos após o nascimento do RN).	80,00
CÓDIGO DGP/FUSEX 50011047	Teste do Coraçãozinho (desde que seja realizado antes da alta do paciente (RN), em razão da pertinência técnica para a eficácia do resultado).	20,00

13.1.2.2 – Após os prazos indicados no item anterior, a realização dos referidos testes e as despesas decorrentes não serão cobertas pelo Sistema FUSEX/PASS, devendo ser acordados particularmente entre as partes (responsável legal pelo RN e o prestador do serviço, caso haja interesse da primeira parte).

13.2 - PACOTES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

4.11.01.17-0	Abdome superior (fígado, pâncreas, baço rins, suprarrenais)	500,00
4.11.01.32-4	Angio-RM (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve)	500,00
4.11.01.34-0	Angio-RM de aorta abdominal	500,00
4.10.01.16-8	Angiotomografia – Coronárias	900,00
4.11.01.33-2	Angio-RM de aorta torácica	500,00
4.11.01.10-3	Articulação temporomandibular (bilateral)	500,00
4.11.01.31-6	Articular (por articulação)	500,00
4.11.01.03-0	Base do Crânio	500,00
4.11.01.27-8	Bacia (articulações sacroilíacas)	500,00
4.11.01.21-9	Bolsa escrotal	500,00
4.11.01.22-7	Coluna cervical ou dorsal ou lombar	500,00
4.11.01.28-6	Coxa (unilateral)	500,00
4.11.01.01-4	Crânio (encefalo)	500,00
4.11.01.09-0	Face (inclui seios da face)	500,00
4.11.01.35-9	Hidro-RM (colângio-RM ou uro-RM ou mielo-RM ou sialo-RM.	500,00
4.11.01.16-2	Mama (unilateral)	500,00
4.11.01.26-0	Mão (não inclui punho)	500,00
4.11.01.25-1	Membro superior unilateral (não inclui mão e articulações)	500,00
4.11.01.07-3	Orbital bilateral	500,00
4.11.01.08-1	Ossos temporais bilateral	500,00
4.11.01.30-8	Pé (antepé) – não inclui tornozelo	500,00
4.11.01.18-9	Pelve (não inclui articulações coxofemorais)	500,00
4.11.01.29-4	Perna (unilateral)	500,00
4.11.01.11-1	Pescoço (nasofaringe, orofaringe, laringe, tireoide, paratireoide)	500,00
4.11.01.24-3	Plexo braquial (desfiladeiro torácico) ou lombossacral	500,00
4.11.01.02-2	Sela túrcica (Hipófise)	500,00
4.11.01.12-0	Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	500,00

13.3 – PACOTES DE PSIQUIATRIA

Descrição	Valor (R\$)
Recuperação Química	
Diária integral global: Hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social.	148,52
Consulta para o paciente de Licença Terapêutica.	74,25
Hospital-Dia: (hotelaria, medicamentos, honorários de equipe terapêutica: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiros, assistente social)	111,39
OBS: No caso de hospital/dia, o FUSEx não cobre os gastos relativos a gastos pessoais dos pacientes, tais como material de higiene individual (escova dental, sabonete, absorvente, etc.)	

Descrição	Valor (R\$)
Internação Hospitalar	
Descrição	Valor
Tabela 17.2 – Internamento Hospitalar	
Diária Hospitalar em Apartamento	363,23
Diária Hospitalar em Enfermaria - com 02 (três) até 04 (quatro) leitos	294,00
Visita Hospitalar	34,09
Medicamentos/materiais – Observar itens 2.1.13 e 2.1.14	-
Demais procedimentos – Observar item 2.11	-
Honorários Médicos – Observar item 2.1.1	-
Honorário demais profissionais – Observar item 4 deste Anexo	-

13.4 – PACOTES DE PSICOLOGIA

Descrição	Valor (R\$)
Avaliação Psicológica para manutenção do registro e da autorização do Porte de arma de fogo (ZM1):	155,00
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista inicial • Aplicação do Teste Projetivo (Zulliger ou Rorschach) • Aplicação do Teste Funcional (PMK ou Patográfico) • Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) • Questionário de Avaliação Tipológica (QUATI) • Inventário de Habilidade Social (IHS) • Tabulação dos Resultados • Entrevista Devolutiva 	

13.5 - PACOTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O pacote contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento, materiais especiais, medicamentos, taxas, materiais descartáveis e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote exceto os honorários médicos.

Código	Descrição	Valor (R\$)
3.13.09.05-4	Cesariana (feto único ou múltiplo). Enfermaria: 1 diária	2.382,00
3.13.09.05-4	Cesariana (feto único ou múltiplo). Apartamento: 2 diárias	2.722,00
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal). Apartamento: 2 diárias	1.135,00
3.13.09.12-7	Parto (via vaginal) Enfermaria: 1 diária	908,00

Código	Descrição	Valor (R\$)
Observação: Nos partos com mais de um RN, serão acrescidos de 10% (dez por cento) sobre valor inicial correspondente ao pacote		

13.6 - PACOTES DE OFTALMOLOGIA

13.6.1 – Pacotes de Exames e Cirurgias Oftalmológicas

13.6.1.1 - Os pacotes contemplam todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais (Exceto Anestesta), de auxiliares, materiais especiais, medicamentos, materiais descartáveis, taxas, gases, filmes e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal do pacote.

13.6.1.2 - Aplicam-se aos PACOTES as regras da CBHPM 5ª edição, em que **as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões**, serão remuneradas **70%**, **ou pela mesma incisão**, serão remuneradas **50%**, do procedimento principal.

Cód/CBHPM	Descrição	Valor (R\$)
4.13.01.30-7	Acuidade Visual – PAM- Monocular	20,00
3.03.07.14-7	Aplicação de Antiangiogênico – EYLIA (Monocular) Será autorizado a utilização mediante critérios da Auditoria Medica do FUSEx/2ºBEC	3.650,00
	Aplicação de AVASTIN – bevacizumabe (Monocular)	1.815,00
	Aplicação de LUCENTIS – Ranibizumabe (Monocular)	3.700,00
	Injeção Intra-vítrea de Triancinolona	908,00
4.15.01.01-2	Biometria Ultrassônica – Monocular	105,00
3.03.06.01-9	Capsulotomia Posterior Cirúrgica ou a Laser	361,00
4.13.01.08-0	Ceratoscopia Computadorizada – Monocular	115,30
3.03.04.08-3	Cirurgia de Ceratocone – CrosslinkB	2.042,00
3.03.04.10-5	Cirurgia Refrativa (Laser Allegretto)	1.735,00
3.03.01.10-6	Dermatocalaze por lado	998,00
3.10.09.29-8	Enucleação ou Evisceração	1.587,00
4.01.03.13-7	Exame Campimetria Computadorizada (Binocular)	124,00
4.13.01.12-9	Exame Curva Tensional – Binocular	59,00
4.13.01.25-0	Exame Mapeamento de Retina – Monocular	48,00
3.03.06.02-7	Facetomia com implante de lente intra-ocular (LIO) com facoemulsificação – Lente flexível nacional	2.610,00
3.03.06.03-5	Facetomia com implante de lente intra-ocular (LIO) sem facoemulsificação	2.060,00
3.03.06.02-7	Facetomia com implante de lente intra-ocular realizada com facoemulsificador+ Trabeculectomia (combinada)	3.070,00
3.03.12.04-3	Fotocoagulação a laser (Por Sessão)	288,00
4.13.01.24-2	Gonioscopia – Binocular	25,00
3.03.10.08-3	Iridectomia – Laser	245,00
4.13.01.26-9	Microscopia Especular de Córnea – Monocular	151,00
4.15.01.12-8	Paquimetria Ultrassônica – Monocular	121,00
3.03.03.06-0	Pterígeo – exérese	562,00
3.03.03.06-0 3.03.03.01-0	Pterígeo+ Transplante Conjuntival	1.092,00
3.03.01.18-1	Ptose unilateral	1.086,00
4.13.01.31-5	Retinografia Colorida – Monocular	131,00
4.13.01.31-5	Retinografia Fluorescente Binocular	327,00
3.03.13.06-6	Sondagem de vias lacrimais	500,00
2.01.03.01-8	Teste de Adaptação de lentes	15,70
4.15.01.14-4	Tomografia de Coerência Óptica (OCT)- Monocular	144,00

4.13.01.32-3	Tonometria de Aplanção Monocular	10,00
3.03.10.06-7	Trabeculoplastia-laser	550,00
3.15.01.01-0	Transplante de córnea	2.495,00
3.03.01.04-1	Tumores palpebrais (calázio tumor exérese)	500,00
4.09.01.01-7	Ultrassonografia ocular – monocular	102,00
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior	1.213,00

13.7 - PACOTES DE NEFROLOGIA (Tratamento Renal)

Código	Descrição	Valor (R\$)
3.09.09.14-7	Hemodiálise Inicial <ul style="list-style-type: none"> • Parecer Médico; (1.01.02.01-9) • Implante de cateter para hemodiálise (3.09.13.01-2) • Cateter duplo lúmen para Hemodiálise; Inclui: máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil; Materiais; e medicamentos relativos ao procedimento e acompanhamento da Enfermagem.	740,00
3.09.09.03-1	Hemodiálise subsequente <ul style="list-style-type: none"> • Visita Médica • Inclui: máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil; Materiais; e medicamentos relativos ao procedimento e acompanhamento da Enfermagem. 	340,00

13.8- PACOTES DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Código	Descrição	Valor (R\$)
4.01.03.06-4	Bera Infantil <u>inclui:</u> (material, medicamentos, taxas e honorários)	175,00
4.01.03.06-4	Bera Adulto <u>inclui:</u> (material, medicamentos, taxas e honorários)	145,00

13.9- CIRURGIAS UROLÓGICAS

Código	Descrição	Valor (R\$)
3.12.01.13-0	Ressecção Endoscópica da Próstata (3 Diárias)	3.630,00
3.12.03.12-4	Varicocele – Correção Cirúrgica (1 Diária)	1.815,00
3.12.06.22-0	Postectomia(1 Diária)	1.021,00

13.9.1- Incluso nos pacotes: Diárias (apenas a quantidade informada para cada procedimento, em casos em que seja excedida a quantidade estipulada, a cobrança dos dias excedentes será através de conta aberta); Materiais descartáveis e medicamentos; Taxas (sala e aparelhos/equipamentos); e Gases (utilizados nos atos cirúrgicos).

13.9.2 – Excluído dos materiais: Honorários médicos; Fisioterapias; Exames (SATD); e Matérias especiais (OPME).

14. NORMAS TÉCNICAS DE AUDITORIA

14.1 - SITUAÇÕES QUE NECESSITAM DE SOLICITAÇÃO MÉDICA E AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DO SERVIÇO DE AUDITORIA MÉDICA DO FUSEX:

15. PROCEDIMENTOS

15.1 - Prorrogação de Internação.

15.2 - Diária de UTI.

15.3 - Mudança ou acréscimo de procedimentos.

15.4 - Prorrogação de permanência em apartamento ou enfermaria.

15.5 - O valor da taxa de **Sala de Recuperação Pós-anestésica(SRPA)** está inclusa no valor da sala cirúrgica, incluindo um período de **até 04 horas após o término do procedimento**. A taxa de sala de recuperação pós-anestésica somente deverá ser paga quando existir no hospital uma sala equipada e destinada para esse fim, conforme Portaria nº 400 do MS, de 06/12/1977. Os componentes da taxa de sala são os seguintes: sala; leito; rouparia (descartáveis ou não); Monitorização de sinais vitais; e Monitor multifuncional e multiparamétrico (Monitor de gases anestésicos, Monitor de Pressão Arterial Média Elétrica, Monitor de Pressão Arterial de Coluna de Mercúrio de Temperatura Eletrônico, Monitor Cardíaco, Monitor de ECG Contínuo, Monitor de Pressão Venosa Central e Oxímetro de pulso).

15.6- Medicamentos Especiais

15.6.1 - Albumina.

15.6.2 - Antifúngicos, antimicrobianos e outros medicamentos com indicações restritas (Eprex, Granulokine, Lanexat, Precedex, Protromplex, Zofram, e outros).

15.6.3 - Quimioterápicos e coadjuvantes.

15.7 – Serviços de Alta Complexidade

15.7.1 - Plasmaferese.

15.7.2 - Quimioterapia.

15.7.3 - Radioterapia.

15.7.4 - Hemodiálise.

15.7.5 - Hemodinâmica.

15.7.6 - Nutrição enteral e parenteral.

16.REGRAS PARA TROCA/RECOMENDAÇÕES DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS:

16.1 - Cateter Nasogástrico/Nasoenteral: A troca deve ocorrer em dois casos:

16.1.1 - Obstrução;

16.1.2 -Posicionamento incorreto.

16.1.3 – Recomenda-se que o cateter seja mobilizado diariamente com o intuito de evitar aderências na mucosa nasal, podendo causar úlceras, necroses ou sinusites.

16.2 - Sonda Vesical de Demora: Não é recomendada a troca periódica, a não ser nos casos de obstrução da sonda, dano no circuito de drenagem ou em caso de tratamento de infecção do trato urinário.

16.3 - Coletor de urina (sistema fechado): deverá ser trocado todas as vezes que houver troca de sonda vesical de demora.

16.4 -Acesso Venoso Profundo (polifix e microfix*): A troca é indicada quando ocorrer um dos sinais a seguir: hiperemia no local do cateter; secreção no local da punção; ou quando alguns sintomas característicos de infecção estiverem presentes. (*quando houver

depósito de sangue / precipitação de soluções).

16.5 - Equipo para acesso venoso profundo: a troca deverá ocorrer rotineiramente a cada 48 horas

16.6 - Acesso venoso periférico (jelco e similares): Recomenda-se a troca do cateter periférico em adultos em 72 horas quando confeccionado com teflon e 96 horas quando confeccionado com poliuretano. Nas situações em que o acesso periférico é limitado, a decisão de manter o cateter além das 72-96 horas depende da avaliação do cateter, da integridade da pele, da duração e do tipo da terapia prescrita e deve ser documentado nos registros do paciente. Pediatria e Neonatal não há rotina de troca preestabelecida. Acompanhar a punção diariamente e trocar na presença de sinais flogísticos. A mesma recomendação poderá ser aplicada a um paciente adulto com difícil acesso vascular periférico (ex: idoso, longo tempo de internação).

16.7 - Equipo para acesso venoso periférico: Trocar a cada 96 horas do poliuretano e 72 horas teflon.

16.8 - Curativo de Acesso Venoso Profundo: Micropore e gaze: a cada 24 horas ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido. **Filme transparente:** Trocar a cada 5 ou 7 dias, de acordo com a orientação do fabricante ou em caso de apresentar sujidade, má aderência ou sangramento. **Em pediatria e neonatal**, considerar apenas sujidade, má aderência ou sangramento.

16.9 - Equipo de Nutrição Parenteral: a troca deverá ocorrer rotineiramente ao término de cada etapa.

16.10 - Equipo de Sangue e derivados e/ou emulsões lipídicas: a troca deverá ocorrer após o término da administração.

16.11 - Sistema de aspiração fechada: Trocar a cada 96 horas ou em caso de sujidade no circuito ou mau funcionamento do mesmo.

16.12 - Filtro bacteriológico: Troca a cada 96 horas ou em caso de saturação ou sujidade visível.

16.13 - Curativos especiais: conforme orientação do fabricante e/ou exsudato da ferida (ex: hidrocolóide, alginato de cálcio, etc). Todos mediante a solicitação médica e parecer de enfermeiro assistente. Esta passará por análise da auditoria médica e de enfermagem do FUSEx/2º BEC.

16.13.1 – O Parecer do enfermeiro assistente deverá conter: localização, Dimensões, Número, Profundidade, Características do leito da ferida e Plano Terapêutico.

17. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA E ATENDIMENTO DOMICILAR (HOME CARE).

17.1 Os medicamentos e materiais descartáveis necessários para assistência domiciliar serão conforme a complexidade do paciente:

TABELA REFERENCIAL DE CUSTOS DE ASSISTENCIA DOMICILIAR HOME CARE			
Item	Especificação	Unid	Valor Mensal de Referência (R\$)
1	- Descrição do Serviço: Serviço de atendimento e assistência domiciliar em regime de Home Care, em nível de ALTA COMPLEXIDADE incluindo assistência de profissionais: Técnico em Enfermagem em assistência diária e contínua (24h/dia) Médico na frequência de 01 (uma) vez por semana. Fisioterapeuta 01 (uma) vez por dia.	Mês	14.459,00

	<p>Enfermeiro 01 (uma) vez por semana.</p> <p>Fonoterapia 03 (três) avaliações por semana.</p> <p>Nutricionista 01 (uma) vez por mês</p> <p>Inclui EPI: Máscara, luva e touca.</p> <p>Mobílias e Equipamentos: cama Fowler manual, escada, suporte para soro, colchão tipo napa, aparelho de pressão arterial.</p> <p>Treinamento do familiar indicado para o desmame ou alta da assistência.</p> <p>Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração do Plano Terapêutico.</p>		
2	<p>- Descrição do Serviço: Serviço de atendimento e assistência domiciliar em regime de Home care, em nível de MÉDIA COMPLEXIDADE incluindo assistência dos profissionais:</p> <p>Técnico em Enfermagem com assistência por um período 12h/dia</p> <p>Médico na frequência de 01 (uma) vez por semana.</p> <p>Fisioterapeuta 01 (uma) vez por dia.</p> <p>Enfermeiro 01 (uma) vezes por semana.</p> <p>Fonoterapia 03 (três) avaliações por semana.</p> <p>Nutricionista 01 (uma) vez por mês</p> <p>Inclui EPI: Máscara, luva e touca.</p> <p>Mobílias e Equipamentos: cama Fowler manual, escada, suporte para soro, colchão tipo napa, aparelho de pressão arterial.</p> <p>Treinamento do familiar indicado para o desmame ou alta da assistência.</p> <p>Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração do Plano Terapêutico.</p>	Mês	9.526,55
3	<p>- Descrição do Serviço: Serviço de atendimento e assistência domiciliar em regime de Home-Care, em nível de BAIXA COMPLEXIDADE incluindo assistência dos profissionais:</p> <p>Técnico em Enfermagem com assistência por um período 06h/dia</p> <p>Médico na frequência de 01 (uma) vez por semana.</p>	Mês	5.670,50

<p>Fisioterapeuta 01 (uma) vez por dia.</p> <p>Enfermeiro 01 (uma) vezes por semana.</p> <p>Fonoterapia 03 (três) avaliações por semana.</p> <p>Nutricionista 01 (uma) vez por mês</p> <p>Inclui EPI: Máscara, luva e touca.</p> <p>Mobílias e Equipamentos: cama Fowler manual, escada, suporte para soro, colchão tipo napa, aparelho de pressão arterial.</p> <p>Treinamento do familiar indicado para o desmame ou alta da assistência.</p> <p>Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração do Plano Terapêutico.</p>		
--	--	--

Eventos Extras			Valores (R\$)
Fisioterapeuta (sessão extra)			Conforme item, 4.2
Fonoaudióloga (sessão extra)			Conforme item, 4.4
Nutricionista (Avaliação extra)			Conforme item, 4.9
Avaliação Médica (extra)			285,00
Avaliação Médica Especializada (extra)			323,00
Avaliação de Enfermeiro (extra)			80,00
Taxa de coleta de exames em domicílio			45,00
Locação de Material	Obs.	Valor de Referência Diária (R\$)	Valor de Referência Mensal (R\$)
Aspirador		2,60	78,00
Oxímetro de pulso		2,84	85,20
Cilindro de Oxigênio completo		2,84	85,20
Nebulizador		1,93	57,90
Respirador Manual		1,28	38,40
Concentrador de Oxigênio		19,29	578,70
BIPAP SYNCRONY II (com Bateria Externa)		73,72	2.211,60
Nebulizador		2,27	68,10
Oxigenioterapia por catéter nasal		Conforme item, 7.1.11	
Cadeira de Banho		2,61	78,30
Cadeira de Rodas		2,61	78,30
Monitor para teste de Glicemia		2,19	65,70
Transporte de Paciente	Obs.	Valor de Referência Somente Ida (R\$)	Valor de Referência Ida e Volta (R\$)
Paciente Alta complexidade		150,00	250,00
Paciente Média complexidade		120,00	200,00
Paciente Baixa complexidade		100,00	180,00

17.2 Para o pagamento da locação dos materiais citados na tabela acima, será necessário o registro do uso dos mesmos em prontuário médico. Portanto, Não será pago o material permanente em domicílio sem utilização. Ex: Respirador Manual, Cadeira de Banho, etc.

18. HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

CENTROS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA		
VALORES CONFORME OFÍCIO CIRCULAR N°001/2015/DG/HEMOPI		Valor (R\$)
40307166	Hiv – antígeno P24	81,09
40307182	HIV1 = HIV2, (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	54,65
TAXA	Taxa de utilização de bolsa plástica hemoterápica	9,60
40402029	Material descartável (Kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese	1.616,45
40402037	Sangria Terapêutica	63,59
40402045	Unidade de Concentrado de Hemácias	116,24
40402053	Unidade de Concentrado de hemácias Lavadas	146,76
40402061	Unidade de Concentrado de Plaquetas por Aférese	116,24
40402070	Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas	116,24
40402088	Unidade de Crioprecipitado de Fator Antihemofílico	116,24
40402096	Unidade de Plasma	116,24
40402118	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Hemácias por Unidade	278,75
40402126	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Plaquetas – até 6 unidades	327,20
40402142	Deleucotização de Unidade de Concentrado de Plaquetas – entre 7 e 12 Unidades	327,20
40403025	Anticorpos eritrocitários e imunes – titulação	27,13
40403106	Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico	10,82
40403114	Eletroforese de Hemoglobina por unidade de sangue total	14,69
40403149	Fenotipagem de outros sistemas eritrocitários – por fenótipo gel teste	62,76
40403157	Fenotipagem do sistema Rh-Hr (D, C, E, c, e,) - gel teste	44,28
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh (retipagem da bolsa)	20,98
40403181	Grupo sanguíneo ABO e Rh – gel teste	41,34
40403190	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários método de eluição	79,62
40403203	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias enzimático - em tubo	69,28
40403211	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias	64,60
40403220	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias tratadas por enzimas - em gel	75,74
40403238	Identificação de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários com painel de hemácias – gel liss	69,28
40402185	Operação de processadora automática de sangue em aférese	286,52
40403343	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitários – em tubo	20,98
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitários – gel teste	41,34
40403378	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares Antieritrocitários a frio - em tubo	20,98
40403408	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa- em tubogel teste	20,98
40403416	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa gel teste	41,34
40403424	S.Anti-HTLV-I +HTLV-II (Determinação conjunta) por componente hemoterápico	100,13
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	24,06
40403467	S. Hepatite B Anti-HBC por componente Hemoterápico pesquisa e/ou dosagem.	23,41
40403483	S. Hepatite C Anti-HCV por componente Hemoterápico	51,03
40403505	S. HIV-EIE por componente Hemoterápico	47,48
40403548	S. Sífilis EIE por componente hemoterápico	24,22
40403564	S. Sífilis FTA-ABS por componente Hemoterápico	20,67
40403580	S. Sífilis HAPor componente Hemoterápico	16,15
40403602	S. Sífilis VDRL por componente Hemoterápico	5,00
40403629	S. Chagas HA por componente Hemoterápico	12,76

40403645	S. Chagas IFI por componente hemoterapico	18,73
40403661	S. Hepatite B(HBsAG) RIE ou EIE por componente hemoterapico	21,80
40403688	Teste de Coombs Direto - em tubo	20,98
40403696	Teste de Coombs Direto - gel teste	41,34
40403700	Teste de Coombs Direto - mono específico (IgG, IgA, C3, C3d, Poliv. AGH) - gel teste	41,34
40403718	Teste de Coombs indireto - mono específico (IgG, IgA, C3, C3d, Poliv. AGH) - gel teste	41,34
40403920	Determinação do fator Rh(D), incluindo prova para Dfraco no sangue do receptor - em tubo	20,98
40403955	Doação autóloga pré-operatória	484,08
40403980	Invert. da presença de anti-A/ anti-b, em soro/ plasma de neonato, com mét. que inclu. uma fase antiglobulínica	36,50

18.1 DIVISÕES POR PROCEDIMENTOS:

CÓDIGO	HEMOCOMPONENTES E PROCEDIMENTOS.	VALORES							
		CH	CHD	CHL	CP	CPA	CPD	CRIO	PFC
CBHPM	-								
	Taxa de utilização de bolsa plástica hemoterapica								
40402029	Material descartável (Kit) e soluções para utilização de proc automática de sangue/aférese					1.616,45			
40402045	Unidade de Concentrado de Hemácias	116,24							
40402053	Unidade de Concentrado de Hemácias Lavadas			146,76					
40402061	Unidade de Concentrado de Plaquetas por Aférese					116,24			
40402070	Unidade de Concentrado de Plaquetas Randômicas				116,24				
40402088	Unidade deCrioPrecipitado de Fator AntiHemofilico							116,24	
40402096	Unidade de Plasma								116,24
40402118	Deleucotização de unidade de concentrado de hemácias por unidade		278,75						
40402126	Deleucotização de unidade de concentrado de Plaquetas - até 6 unidades						327,20		
40403106	Eletroforese de Hemoglobina por componente hemoterápico	10,82	10,82	10,82	10,82		10,82	10,82	10,82
40403173	Grupo sanguíneo ABO e Rh	20,98	20,98	20,98	20,98	20,98	20,98	20,98	20,98
40403300	Operação de processadora automática de sangue em aférese					286,52			
40403351	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares	41,34	41,34	41,34	41,34	41,34	41,34	41,34	41,34
40403424	S.Anti-HTLV-I +HTLV-II (Determinação conjunta) por componente hemoterápico	100,13	100,13	100,13	100,13	100,13	100,13	100,13	100,13
40403440	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	24,06	24,06	24,06	24,06	24,06	24,06	24,06	24,06
40403467	S. Hepatite B Anti-HBC por componente Hemoterápico pesquisa e/ou dosagem	23,41	23,41	23,41	23,41	23,41	23,41	23,41	23,41
40403483	S. Hepatite C Anti-HCV por componente Hemoterápico	51,03	51,03	51,03	51,03	51,03	51,03	51,03	51,03
40403505	S. HIV-EIE por componente Hemoterápico	47,48	47,48	47,48	47,48	47,48	47,48	47,48	47,48
40403548	S. Sífilis EIE por componente Hemoterápico	24,22	24,22	24,22	24,22	24,22	24,22	24,22	24,22
40403661	S. Hepatite B(HBsAG) RIE ou EIE por componente hemoterápico	21,80	21,80	21,80	21,80	21,80	21,80	21,80	21,80
-	Custo de cada unidade	481,51	644,02	512,03	481,51	2.373,66	692,47	481,51	481,51

18.2 - CUSTOS OPERACIONAIS: CONSOLIDADO - HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADO.

CONSOLIDADO - HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADO.	VALORES (R\$)
CH - Concentrado de Hemácias	481,51
CHD - Concentrado de Hemácias Deleucotizadas	644,02
CHL - Concentrado de Hemácias Lavadas	512,03
CP - Concentrado de Plaquetas Rândomicas	481,51
CPA - Concentrado de Plaquetas por Aférese	2.376,66
CPD - Concentrado de Plaquetas Deleucotizadas	692,47
CRIO - Crioprecipitado de Fator Antihemofílico	481,51
PFC - Plasma Fresco Congelado	481,51

19. TABELA DE MOTIVOS DE GLOSA

Ord	Motivos
1	Atendimento não caracterizando a urgência
2	Acomodação acima da autorizada
3	Atendimento por médico militar
4	Cobrança de mais de 30% em dia e hora normais
5	Cobrança de 30% não caracterizando urgência ou emergência
6	Consulta inclusa no procedimento cirúrgico
7	Curativo incluso no procedimento cirúrgico
8	Data de atendimento fora da sequência na planilha
9	Data de atendimento fora da competência
10	Diagnóstico ilegível
11	Diárias em excesso
12	Diárias fora da tabela acordada
13	Documento sem assinatura/carimbo do médico assistente
14	EPI de responsabilidade do prestador
15	Especialidade não autorizada
16	Evento incluso no pacote acordado
17	Evento que não comporta cobrança
18	Exame não prevê cobrança de contraste
19	Exame sem laudo
20	Exames/procedimentos não requisitados
21	Falta de discriminação dos serviços executados
22	Falta do registro de evolução médica e/ou de enfermagem
23	Fatura sem separar (FUSEx - PASS - Fator de Custo)
24	Filme-cobrança em desacordo com CBR
25	Guia/Ofício de Encaminhamento ilegível
26	Guia de Encaminhamento (GE) emitida/autorizada para outra OCS/PSA credenciada
27	Guia/Ofício de Encaminhamento sem assinatura do paciente ou responsável
28	Guia de Encaminhamento fora da validade
29	Guia não autorizada pelo FUSEx
30	Guia autorizada para outro beneficiário
31	Guia autorizada para outro procedimento
32	Guia sem o carimbo de autorização do médico ou gestor do FUSEx
33	Guia/Ofício de Encaminhamento carbonados ou fotocopiados
34	Honorários médicos fora da tabela ou em excesso
35	Justificar cobrança
36	Material ou medicamento adquirido por familiar a seu critério
37	Material acima do preço de mercado
38	Material de alto custo sem nota fiscal e etiqueta (quando for o caso)

39	Material em excesso
40	Material fixo
41	Material incluso no procedimento
42	Material ou procedimento cobrado separadamente, quando faz parte do pacote.
43	Material não coberto (ver relação anexa)
44	Material não justificado para o caso
45	Material não utilizado
46	Material reutilizável – pagamento parcial
47	Medicação não considerada de urgência
48	Medicação em desacordo com a prescrição
49	Medicação em excesso
50	Medicação não justificada para o caso
51	Medicação não prescrita
52	Medicação não utilizada
53	Medicamento acima do preço de mercado
54	Medicamento não coberto
55	Medicamento suspenso
56	Paciente não é beneficiário FUSEx/PASS
57	Prescrição médica com rasura ou ilegível
58	Prestador descredenciado
59	Procedimento/exames em excesso
60	Procedimento/exame incompatível com o diagnóstico
61	Procedimento/exame em duplicidade ou não autorizados formalmente pelo FUSEx
62	Procedimento/exame não cobertos pelo FUSEx
63	Procedimento/exame não realizados
64	Prontuário/ficha/boletim ilegíveis
65	Prontuário/ficha/boletim rasurados
66	Retorno de consulta
67	Sem autorização prévia para o procedimento ou exame
68	SADT/exames fora da tabela acordada
69	Sem diagnóstico
70	Sem guia/ofício de encaminhamento
71	Solicitação médica com data rasurada ou ilegível
72	Solicitação ou prescrição médica com data posterior ao exame ou procedimento realizado
73	Prescrição médica com data vencida a mais de 60 dias em relação à data da emissão
74	Solicitação médica sem data, assinatura e/ou carimbo.
75	Soma (cálculo) errada
76	Soma da fatura divergente da soma da planilha de detalhamento dos procedimentos
77	Taxas fora da tabela acordada
78	Taxas indevidas ou em excesso
79	Visita hospitalar em duplicidade
80	Visitas inclusas no procedimento cirúrgico
81	Visita de especialista sem autorização prévia
82	Poderá haver glosa total ou parcial com base em análise técnica e/ou administrativa do FUSEx
83	Procedimentos ou exames de pacientes internados, cuja realização são objeto de pedido prévio de autorização ao FUSEx e a OCS não comprovar formalmente que a solicitação foi deferida (autorizada) formalmente pelo médico auditor do FUSEx (cópia do pedido e da autorização junta à fatura).
84	Outros motivos, conforme regulamentação do FUSEx no decurso da vigência do contrato.
85	Número do Cartão de Beneficiário Inválida ou validade vencida

86	Número da Declaração Provisória de Beneficiário Invalida ou validade vencida
87	A admissão do beneficiário na OCS ocorreu antes da inclusão do mesmo como beneficiário do FUSEx/PASS
88	Atendimento anterior à inclusão como beneficiário do FUSEx/PASS
89	Atendimento após o desligamento do beneficiário, ou seja, após a perda da condição de beneficiário.
90	Assinatura divergente da existente no cadastro, ou seja, da carteira de identidade.
91	Beneficiário com pagamento em aberto.
92	Assinatura do titular ou responsável inexistente.
93	Identificação do beneficiário não consistente, ou seja, não corresponde aos dados existentes no cadastro ou está incompleto.
94	Serviço profissional hospitalar não é coberto pelo FUSEx
95	Cadastro do beneficiaria com problemas na aprovação do recadastramento
96	Idade do beneficiário acima da idade limite
97	Beneficiário com atendimento suspenso
98	Data de validade vencida no cartão ou na declaração Provisória
99	Nome do titular inválido
100	Dados do titular incompletos
101	Atendimento fora da vigência do contrato com o credenciado
102	Admissão anterior à inclusão do credenciado na rede
103	Admissão após o desligamento do credenciado da rede
104	Solicitação anterior à data da admissão
105	Solicitação após a data da alta hospitalar
106	Assinatura/carimbo do credenciado inexistente
107	Atendimento/Referência fora da vigência o contrato
108	Credenciado não habilitado a realizar o procedimento
109	Especialidade não cadastrada
110	Especialidade não cadastrada para o prestador
111	Tipo de Guia de Encaminhamento inválido
112	Não Existe o número da Guia principal informado
113	Cobrança em Guia indevida
114	Item pago em outra Guia
115	Número da Guia de Encaminhamento invalido
116	Guia já apresentada em outra fatura
117	Procedimento contatado não está de acordo com o tipo de Guia utilizado
118	Serviço do tipo Cirúrgico e invasivo. Equipe médica não informada na Guia
119	Prestador executante não informado
120	Prestador contratado não informado
121	Guia com rasura
122	Guia sem assinatura e/ou carimbo do médico ou gestor do FUSEx
123	Guia sem data/hora do atendimento
124	Guia com código de serviço preenchido incorretamente
125	Guia sem assinatura do assistido
126	Identificação do assistido incompleta
127	Validade da Guia expirada
128	Procedimento não autorizado
129	Não existe informação sobre a senha de autorização do procedimento
130	Não existe Guia de autorização relacionada
131	Número da Senha informada diferente do liberado
132	Serviço solicitado não possui cobertura
133	Quantidade solicitada acima da autorizada
134	Quantidade serviço solicitado acima coberto

135	Serviço solicitado em carência
136	Solicitante não informado
137	Procedimento não autorizado para o beneficiário
138	Solicitante não cadastrado
139	Solicitante não habilitado
140	Solicitante Suspenso
141	Serviço solicitado já autorizado
142	Serviço solicitado fora da cobertura
143	Serviço solicitado é de pré-existência
144	Especialidade não cadastrada para o solicitante
145	Quantidade solicitada acima da quantidade permitida
146	Quantidade autorizada acima da quantidade permitida
147	Necessita pré-autorização do FUSEx
148	Não autorizado pela auditoria médica
149	Necessidade de auditoria medica
150	Tipo de doença inválido
151	Caráter de internação inválido
152	Regime de internação inválido
153	Tipo de internação inválido
154	Urgência não aplicável
155	Código CID não informado
156	Código CID inválido
157	Reincidência no atendimento
158	Tipo de atendimento inválido ou não informado
159	Tipo de consulta inválido
160	Tipo de saída inválido
161	Urgência não aplicável
162	Internação anterior à Admissão
163	Final de intervenção anterior ao início da intervenção
164	Alta Hospitalar anterior ao final da intervenção
165	Alta anterior à data de internação
166	Motivo de saída inválido
167	Óbito mulher inválido
168	Intervenção anterior à internação
169	Serviço não pode ser realizado no local especificado
170	Consulta não autorizada
171	Serviço ambulatorial não autorizado
172	Internação não autorizada
173	Cobrança fora do prazo de validade
174	Cobrança de procedimento em duplicidade
175	Honorário do atendimento não está na faixa de urgência/emergência
176	Valor apresentado a maior
177	Lente com selo duplicado (na mesma ou em outra fatura, do mesmo e de outro paciente)
178	Não existe valor para o procedimento realizado
179	Falta prescrição médica
180	Falta visto da Enfermeira
181	Procedimento pertence a um pacote acordado e já cobrado
182	Assinatura do Médico responsável pelo exame inexistente
183	Faturamento Inválido
184	Valor do serviço inferior ao valor da tabela
185	Percentual de redução/ acréscimo fora dos valores definidos em tabela

186	Procedimentos inválido
187	Procedimento incompatível com o sexo do beneficiário
188	Idade do beneficiário incompatível com o procedimento
189	Números de dias liberados / sessões autorizadas não informadas
190	Valor total do procedimento diferente do valor processado
190	Quantidade de procedimento deve ser maior que zero
191	Procedimento médicos duplicados
192	Procedimento não conforme com o CID
193	Cobrança de procedimento não executado
194	Cobrança de procedimento não solicitado pelo médico
195	Procedimento sem registro de execução
196	Cobrança de procedimento não correlacionado ao relatório específico
197	Cobrança de procedimento sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
198	Cobrança de procedimento com data de autorização posterior a do atendimento
199	Procedimento não autorizado
200	Cobrança de procedimento em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
201	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
202	Cobrança de procedimento com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
203	Cobrança de procedimento em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
204	Cobrança de procedimento não compatível com a idade
205	Cobrança de procedimento com ausência de resultado ou laudo técnico
206	Procedimento realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa técnica adequada.
207	Procedimento cobrado não corresponde ao exame executado
208	Cobrança de procedimento ambulatorial com data de autorização posterior a do atendimento
209	Acomodação informada não está de acordo com acomodação CREDENCIADA
210	Permanência hospitalar incompatível com a evolução clínica
211	Permanência hospitalar incompatível com o procedimento autorizado
212	Quantidade de diárias deve ser maior que zero
213	Acomodação não informada
214	Quantidade UTI não prevista para o procedimento
215	Usuário não possui cobertura de UTI
216	Acomodação não autorizada
217	Cobrança de diárias em locais de acomodações diferentes, no mesmo dia.
218	Permanência hospitalar para investigação injustificada
219	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI
220	Código de diária incompatível com local de atendimento
221	Cobrança de diária em quantidade incompatível com a permanência hospitalar
222	Mudança de acomodação sem comunicação ao paciente, familiar ou acompanhante, ou sem solicitação destes.
223	Cobrança de diárias de UTI incompatível com diagnóstico e evolução clínica
224	Material sem cobertura para atendimento ambulatorio
225	Material não especificado
226	Material sem nota fiscal do fornecedor
227	Fracionamento de contas com mais de uma Guia de Encaminhamento (fracionando as guias em contas separadas)
228	Material informado não coberto
229	Cobrança de material em quantidade incompatível com a permanência
230	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado
231	Quantidade de material superior à quantidade coberta

232	Cobranças de materiais inclusos nas taxas
233	Cobrança de material incluso no pacote negociado
234	Cobrança de material incompatível no relatório técnico
235	Cobrança de material em permanência hospitalar não autorizado
236	Cobrança de material não utilizado
237	Ficha de Plano de Tratamento Oncológico (PTO) com os dados solicitados pelo FUSEx sendo informados incompletos
238	Medicamento sem cobertura para atendimento ambulatorial
239	Medicamento não especificado
240	Medicamento sem nota fiscal do fornecedor
241	Quantidade de medicamentos deve ser maior que zero
242	Medicamento informado não coberto
243	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com a permanência
244	Cobrança de medicamento em quantidade incompatível com o procedimento realizado
245	Quantidade de medicamento superior à quantidade coberta
246	Cobrança de medicamento incluso nas taxas
247	Cobrança de medicamento incluso no pacote negociado
248	Cobrança de medicamento incompatível com o relatório técnico
249	Cobrança de medicamento em permanência hospitalar não autorizada
250	Cobrança de medicamento não autorizado
251	No espelho da Fatura com constam registradas todas as guias correspondentes à conta do paciente. Exemplo: a conta contém 03 (três guias: Honorários, Taxas e Mat/Med), sendo que a OCS soma todos os valores para uma única guia e lança somente esta no espelho, omitindo as demais o espelho.
252	OPME sem cobertura para atendimento ambulatorial
253	OPME sem nota fiscal do prestador
254	Quantidade de OPME deve ser maior que zero
255	OPME informado não coberto
256	OPME informado não autorizado
257	Cobrança de OPME não utilizado
258	Cobrança de OPME no item material e medicamentos
259	Cobrança de OPME em desacordo com relatório técnico
260	Cobrança de OPME em quantidade incompatível com o procedimento realizado
261	Cobrança de OPME inclusa no pacote
262	Transferência de paciente de uma OCS para outra sem autorização
263	Cobrança de oxigeno terapia sem prescrição médica
264	Cobrança de oxigenoterapia com quantitativo de uso em divergência / pago valor corrigido
265	Cobrança de oxigênio incluso na taxa de nebulização especificada
266	Cobrança de oxigenoterapia em uso prolongado sem justificativa de uso (entrada e saída)
267	Cobrança de gases em quantidade superior ao período de permanência
268	Cobrança de CO2 nas cirurgias Videolaparoscópica
269	Cobrança de ar comprimido sem registro no boletim anestésico e duração de uso
270	Cobrança de gases incompatível com o utilizado / prescrito
271	Entregar as faturas fora do prazo
272	Taxa / aluguel inválido
273	Cobrança de taxa por uso de equipamento incompatível com o procedimento realizado / uso previsto no procedimento
274	Cobrança de taxa de uso de bomba de infusão em paciente internado na UTI
275	Cobrança de outras taxas associadas / inclusas na cobrança da taxa de sala prevista

276	Cobrança de mais de uma taxa de sala de cirurgia, por conta do número de procedimentos realizados no mesmo tempo cirúrgico.
277	Cobrança indevida de taxa de sala por administração de medicamentos
278	Cobrança de taxas, de serviços realizados em ambientes incompatíveis com o uso de equipamentos.
279	Cobrança de taxas em quantidade superior ao tempo de permanência hospitalar
280	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro com permanência menor que o período estipulado
281	Cobrança de taxa de observação em pronto socorro sem registo de permanência
282	Cobrança de taxa de sala de recuperação anestésica não justificada para o procedimento
283	Cobrança de taxa inclusa no pacote negociado
284	Cobrança de taxa de equipamento em concomitância com a cobrança de taxa para o procedimento
285	Taxa exige informação do valor da Guia
286	Cobrança de taxa de recuperação para pacientes com pós-operatório imediato realizado na UTI/CTI
287	Cobrança de taxa de recuperação anestésica sem a presença do anestesista
288	Cobrança de taxa da sala incompatível com o procedimento
289	Cobrança de taxa de observação par atendimento que gerou uma internação
290	Cobrança de taxa de sala cirúrgica com pacote anestésico diferente do procedimento autorizado/realizado
291	Cobrança de taxa em quantidade incorreta
292	Cobrança de taxa por uso de equipamentos de uso obrigatório na sala de cirurgia, cuja taxa de sala cirúrgica já inclui seu uso.
293	Cobrança de taxa de equipamentos de uso obrigatório no local de atendimento
294	Cobrança de taxa de observação para atendimento que gerou uma internação
295	Cobrança de material sem pertinência técnica para o ato cirúrgico
296	Procedimento em serie inválido
297	Cobrança de duas avaliações fisioterápicas
298	Cobrança de psicoterapia individual, quando o aplicado é a cobrança de psicoterapia em grupo.
299	Quantidade de sessões cobradas não condiz com as assinaturas no controle de tratamento seriado
300	O código autorizado está incompatível com a prescrição medica solicitada
301	Cobrança de sessões sem o devido plano de tratamento e, ou, com o prazo de pagamento expirado.
302	Cobrança do procedimento seriado incompatível com o quando clinico
303	Cobrança do procedimento seriado em número de sessões acima da quantidade estabelecida
304	Ausência de evolução do prontuário médico do tratamento seriado realizado
305	Cobrança de sessões de fisioterapia em desacordo com as evoluções do prontuário médico
306	Cobrança do tratamento seriado sem justificativa clínica / técnica
307	Serviço não contratado para o prestador
308	Local de atendimento inadequado
309	Quantidade cobrada diferente da realizada
310	Codificação incorreta / inadequada do procedimento
311	Cobrança de honorários inclusos no procedimento principal
312	Cobrança de honorários sem registro da efetiva participação do profissional
313	Procedimento principal não requer equipe medica
314	Não cabe pagamento do honorário integral por ser a mesma via de acesso cirúrgico
315	Cobrança do honorário em local de atendimento incorreto (inexistente)
316	Cobrança de honorário em duplicidade

317	Cobrança de consulta indevida, quando o procedimento principal já está sendo remunerado.
318	Local de atendimento não informado
319	Procedimento inválido
320	Cobrança de exame não solicitado pelo médico
321	Exame sem registro de execução
322	Cobrança de exame não correlacionado ao relatório específico.
323	Cobrança de procedimento/exame sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
324	Cobrança de procedimento/exame com data de autorização posterior à do atendimento.
325	Exame não autorizado
326	Cobrança de exame em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
327	Cobrança de procedimento incluso no procedimento principal
328	Cobrança de exame que exige autorização prévia
329	Cobrança de exame com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
330	Cobrança de exame em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
331	Cobrança de exame não compatível com a idade
332	Cobrança de exame com ausência de resultado ou laudo técnico
333	Exame realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado sem justificativa adequada.
334	Exame cobrado não correspondente ao exame executado
335	Cobrança de exame ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento
336	Exame não justificado caráter de urgência
337	Cobrança de material não coberto pelo FUSEx
338	Pacote inválido
339	Pacote incompatível com o sexo do beneficiário
340	Idade do beneficiário incompatível com o pacote
341	Valor total do pacote diferente do valor processado
342	Valor do pacote superior ao valor dos itens
343	Cobrança de pacote não executado
344	Cobrança de pacote não solicitado pelo médico
345	Pacote sem registro de execução
346	Cobrança de pacote não correlacionado ao relatório específico
347	Cobrança de pacote sem justificativa para realização ou com justificativa insuficiente
348	Cobrança de pacote com data de autorização posterior à do atendimento
349	Pacote não autorizado
350	Cobrança de pacote em quantidade incompatível com o procedimento / evolução clínica
351	Itens de composição do pacote não realizados
352	Cobrança do pacote exige autorização prévia
353	Cobrança de pacote com história clínica / hipótese diagnóstica não compatível
354	Cobrança de pacote em quantidade acima da máxima permitida / autorizada
355	Cobrança de pacote não compatível com a idade
356	Cobrança de pacote com ausência de resultado ou laudo técnico
357	Pacote realizado pelo mesmo profissional, na mesma especialidade, no prazo inferior ao estipulado. Sem justificativa adequada.
358	Pacote cobrado não corresponde exame executado
359	Cobrança de pacote ambulatorial com data de autorização posterior à do atendimento
360	Glosa Total da conta

361	Revisão de glosa inválida
362	Glosa mantida
363	Pedido de revisão sem justificativa
364	Mais de um recurso de glosa para a mesma guia / protocolo
365	A guia não é de revisão
366	Número de guia inválido
367	Glosa Parcial da conta
368	Boletim de Atendimento de Urgência com pelo um campo não preenchido
369	Prescrição médica sem data e/ou assinatura do médico
370	Remetente não identificado
371	Destinatário não identificado
372	Mensagem inconsistente ou incompleta
373	Guia de Encaminhamento lançada na fatura pela OCS/PSA contendo anotações, rasuras, carimbos, assinaturas, etc, não previstas nem autorizadas pelo FUSEx
374	Sem o registro da equipe de enfermagem
375	Boletim de Atendimento de Urgência contendo emenda ou rasuras.
376	Prescrição médica com emendas ou rasuras
377	Ausência de data e assinatura no Boletim Cirúrgico
378	Ausência de data e assinatura no Boletim Anestésico
379	Intervalo de códigos destinados às mensagens particulares de cada entidade tendo a apresentação de descrição obrigatória
380	Outros (conforme regulação administrativa e notificação prévia à OCS/PSA durante a vigência do contrato)

20.O não cumprimento dos requisitos contidos neste Termo de Referência de Custos, no Edital de Credenciamento e no Termo de Contrato torna o serviço prestado pela OCS/PSA inválido para processamento e o pagamento das despesas decorrentes, causando glosa, conseqüentemente, por caracterizar realização de procedimento que exige prévia solicitação formal de autorização, de acordo com as regras do CONTRATANTE, sem que a autorização tenha sido dada formalmente pelo Serviço de Auditoria do FUSEx/2º BEC.

Teresina-PI, 23 de Dezembro de 2015.

MARCELO PEREIRA LIMA DE CARVALHO – Coronel

Comandante e Ordenador de Despesas do 2º Batalhão de Engenharia de Construção