



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO

ANEXO IV

TABELA DE VALORES HOSPITALAR

CONDIÇÕES COMERCIAIS	
Descrição	Valor
HONORÁRIOS MÉDICOS DOS CAPÍTULOS 1, 2 E 3 DA CBHPM	CBHPM 2018 UCO = R\$ 14,33
HONORÁRIOS MÉDICOS DO CAPÍTULO 4 DA CBHPM	CBHPM 2018 UCO = R\$ 14,33
HEMOTERAPIA	2X a CBHPM 2018 UCO = R\$ 14,33
FILME	CBR (ATUAL)
CONSULTA EM CONSULTÓRIO (HORÁRIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	R\$106,00
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO – ADULTO	R\$111,30
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO – PEDIATRIA	R\$121,90
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	R\$111,30
PACOTE PRONTO SOCORRO – ADULTO / INFANTIL	R\$477,00
MATERIAIS DE USO COMUM	SIMPRO
OPME	NF + 15%
MEDICAMENTOS DE USO COMUM	BRASÍNDICE PMC
MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR	BRASINDICE PF + 14%
MEDICAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS	BRASINDICE PF + 14%
MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTAM DA BRASINDICE	NF + 15%
MEDICAMENTOS SEM DIVULGAÇÃO DO PMC	PF +15%
MEDICAMENTOS MANIPULADO	NF +15%
DIETAS ENTERAIS	BRASINDICE + DEFLATOR 30%
DIETAS PARENTERAIS	NF + 15%

Porte	Valor
1A	R\$12,86
1B	R\$25,72
1C	R\$38,58
2A	R\$51,45
2B	R\$67,82
2C	R\$80,26
3A	R\$109,67
3B	R\$140,14
3C	R\$160,52
4A	R\$191,04
4B	R\$209,13
4C	R\$236,26
5A	R\$254,34
5B	R\$274,69

Porte	Valor
5C	R\$291,64
6A	R\$317,65
6B	R\$349,30
6C	R\$382,08
7A	R\$412,60
7B	R\$456,68
7C	R\$540,33
8A	R\$583,29
8B	R\$611,55
8C	R\$648,85
9A	R\$689,55
9B	R\$753,99
9C	R\$830,84
10A	R\$891,89

Porte	Valor
10B	R\$966,50
10C	R\$1.072,75
11A	R\$1.134,93
11B	R\$1.244,58
11C	R\$1.365,54
12A	R\$1.415,27
12B	R\$1.521,53
12C	R\$1.864,04
13A	R\$2.051,69
13B	R\$2.250,64
13C	R\$2.489,16
14A	R\$2.774,02
14B	R\$3.018,19
14C	R\$3.329,05

PRONTO SOCORRO

INCLUSO: HONORÁRIOS MÉDICOS DA EQUIPE MÉDICA DE PLANTÃO, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE USO COMUM, E.P.I, ASSEPSIA, USO DA SALA DE OBSERVAÇÃO/REPOUSO POR ATÉ 6 HORAS COM OU SEM MONITORIZAÇÃO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (TODOS OS TIPOS), GASOTERAPIA, ELETROCARDIOGRAMA, RADIOLOGIA SIMPLES, EXAMES LABORATORIAIS SIMPLES (HMG, PCR QUANTITATIVO, ELETRÓLITOS, TGO, TGP, URÉIA E CREATININA), USO DAS SALAS DE MEDICAÇÃO, INALAÇÃO, IMOBILIZAÇÃO/GESSO E PEQUENOS PROCEDIMENTOS.

EXCLUSO: HONORÁRIO MÉDICO ESPECIALISTAS, EXAMES LABORATORIAIS DE ALTO CUSTO, DEMAIS EXAMES NÃO MENCIONADOS NAS INCLUSÕES (ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA, ENDOSCOPIAS, RESSONÂNCIAS, ENTRE OUTROS), EXAMES DE RADIOLOGIA COM CONTRASTE, LÍQUOR, ANÁTOMO PATOLÓGICO, HEMODINÂMICA, OPME, SANGUE E HEMODERIVADOS, MATERIAIS E MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO, HORA ADICIONAL DE OBSERVAÇÃO/REPOUSO (APÓS AS 6 HORAS INICIAIS), USO DA SALA DE EMERGÊNCIA.

DIÁRIAS HOSPITALARES

Código	Descrição	Fator	Valor
6.00.00.040	Diária de Apartamento	Diária	R\$612,68
6.00.00.155	Diária de Apartamento – Hospital Dia	Diária	R\$261,82
6.00.00.015	Diária de Apartamento de Alojamento Conjunto	Diária	R\$262,88
6.00.00.570	Diária de Apartamento de Psiquiatria	Diária	R\$445,20
6.00.00.082	Diária de Berçário normal	Diária	R\$259,70
6.00.00.090	Diária de Enfermaria	Diária	R\$261,82
6.00.00.163	Diária de Enfermaria – Hospital Dia	Diária	R\$155,82
6.00.00.686	Diária de Isolamento de Apartamento Standard	Diária	R\$689,00
6.00.00.929	Diária de Semi-UTI Adulto /Geral	Diária	R\$902,06
6.00.00.945	Diária de Semi-UTI Infantil /Pediátrica	Diária	R\$1.220,06
6.00.00.958	Diária de Semi-UTI Neonatal	Diária	R\$1.033,50
6.00.00.937	Diária Semi-UTI Coronariana	Diária	R\$1.484,00
6.00.01.275	Diária de Semi-UTI Isolamento Adulto /Geral	Diária	R\$1.007,00
6.00.01.291	Diária Semi-UTI Isolamento Infantil / Pediátrica	Diária	R\$1.319,70
6.00.01.305	Diária de Semi-UTI Isolamento Neonatal	Diária	R\$1.189,32
6.00.01.283	Diária Semi-UTI Isolamento Coronariana	Diária	R\$1.644,06
6.00.01.020	Diária de Unidade para Tratamento Radioativo	Diária	R\$720,80
6.00.01.038	Diária de UTI Adulto /Geral	Diária	R\$1.113,00
6.00.01.046	Diária de UTI Coronariana	Diária	R\$1.696,00
6.00.01.054	Diária de UTI Infantil / Pediátrica	Diária	R\$1.114,06
6.00.01.062	Diária de UTI Neonatal	Diária	R\$1.219,00
6.00.01.330	Diária de UTI Isolamento Adulto /Geral	Diária	R\$1.325,00
6.00.01.348	Diária UTI Isolamento Coronariana	Diária	R\$1.908,00
6.00.01.356	Diária UTI Isolamento Infantil / Pediátrica	Diária	R\$1.374,82
6.00.01.364	Diária UTI Isolamento Neonatal	Diária	R\$1.374,82

COMPÕEM OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR DIA DE INTERNAÇÃO, INCLUINDO O DIA DA ALTA:

- Leito próprio de qualquer tipo ou modelo, incluindo berço aquecido, berço comum, incubadora, troca de roupa de banho e cama do paciente (permanente ou descartável) e do acompanhante em casos previstos em lei.
- Alimentação (dieta) do paciente por via oral de acordo com a prescrição médica e de acordo com a idade (NAN®, NESTOGENO®, etc.), bem como a orientação nutricional durante o período de internação e no momento da alta.
- Assistência de Enfermagem: aplicação de soroterapia ou medicação por qualquer via, enemas, irrigações e lavagens, preparo e instalação de dietas e venoclise, controle de peso, diurese, medidas de débitos, sinais vitais, trocas de fraldas e curativos, aspiração oro-traqueal, oral, sondagem gástrica, nasoenteral e vesical, locomoção do paciente, utilização de utensílios permanentes como bandejas, cubas e outros materiais permanentes necessários à realização da técnica, prescrição e anotações de enfermagem.
- Será cobrada meia diária quando da realização de cateterismo e/ou pequenos procedimentos eletivos. Os HM permanecerão conforme abrangência do plano. Quando o paciente tiver direito à apartamento, será cobrado 2x a tabela.
- A diária de UTI inclui todos os serviços de enfermagem inclusos na diária de apartamento.
- A diária de semi intensiva inclui Assistência de Enfermagem (todo tipo de Assistência), além dos seguintes equipamentos: utilização do respirador (exceto BIPAP e CPAP), monitor cardíaco, monitor de PA, oxímetro/capnógrafo, monitor de débito cardíaco, bomba de infusão (até 3 bombas), desfibrilador, eletrodo para monitorização e aspirador.
- A diária de isolamento segue orientações da administração com cobrança de acordo com as normativas da CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, de acordo com a localização do paciente no momento.

- EPI – Equipamentos de proteção individual descartável ou permanente (NR6, NR9, NR32).
 - Serviços administrativos tais, como: registros hospitalares, boletim de internação e alta, censo hospitalar, relatórios, resumo de alta, prontuário, fotocópias, encaminhamento de paciente a qualquer serviço para realização de SADT.
 - Higienização do paciente (tricotomia, higienização ocular, oral, corporal), cuidados de rotina para higienização e curativos (todos os tipos) de traqueostomia, de cateter de subclávia, de drenagem de tórax, de coto umbilical, de escoriações, passagem de sondas, punção venosa, incisão cirúrgica de qualquer tipo ou tamanho, de cateter de media e longa permanência e todo o material e soluções necessárias para a realização do procedimento.
 - Pulseiras de identificação.
 - Colchão caixa de ovo, qualquer tipo ou modelo.
 - Preparo do paciente para realização de procedimento cirúrgico e exames de SADT.
 - Assepsia, antisepsia e desinfecção das dependências, equipamentos e materiais.
- Para UTI e Semi-UTI: uso de equipamentos permanentes do setor, todas as suas depreciações e insumos necessários ao seu funcionamento, como: monitor cardíaco e pressão arterial não invasiva e invasiva, oxímetro de pulso, desfibrilador/cardioversor, capnógrafo, aparelho de CPAP, BIPAP, ventilador mecânico/ respirador, incubadora (UTI neonatal) e berço aquecido, conforme disposto na RDC 7.
- Fototerapia em UTI neonatal.
 - Preparo do corpo em caso de óbito (incluso todo material utilizado).
 - Aspirador elétrico, simples ou a vácuo.
 - Bomba e seringas de infusão, qualquer tipo ou modelo.
- Conjunto de nebulização/ inalção (nebulizador, inalador, máscaras de Venturi, extensão, reservatório para medicamento), descartável ou não.
 - Extensão de silicone, látex (prolongamento), fluxômetro e frasco umidificador para oxigenoterapia e aspiração, capacete de Hood, diafragma, circuito e qualquer peça do respirador.
- NÃO ESTÃO INCLUSOS NA DIÁRIA:**
- Medicamentos.
 - Materiais descartáveis.
 - Dietas especiais (enterais e parenterais), sondas e suplementos alimentares.
 - Órteses, próteses e materiais especiais.
 - Honorários médicos.
 - Hemocomponentes e hemoderivados.
 - SADTs.
 - Gases medicinais.

TAXAS DE SALA

Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.323-6	Sala de Atendimento Ortopédico (sala de gesso e imobilização não gessada)	Uso	R\$88,03
60.00.037-6	Sala de curativos ambulatoriais – taxa compacta	Uso Sessão	R\$63,60
60.00.041-4	Taxa compacta de sala de imobilizações gessadas	Uso Sessão	R\$12,91
60.00.042-2	Taxa compacta de sala de imobilizações não gessadas	Uso Sessão	R\$12,91
60.03.374-6	Sala de Medicação no PS somente p/ IM e EV (até 02 horas) - exclui medicação oral	Uso	R\$44,02
60.03.371-1	Sala de Observação - Isolamento (hora subsequente)	Hora	R\$23,89
60.03.368-1	Sala de Observação - Isolamento PS (período de 6 horas)	Uso	R\$103,13
60.00.032-5	Taxa compacta de repouso no PS	Uso	R\$63,22
60.02.309-0	Taxa compacta de sala de pequenos procedimentos	Uso Sessão	R\$63,60
60.00.040-6	Taxa de Hemodinâmica	Uso	R\$503,03
60.02.307-4	Taxa de sala Cirúrgica, hora adicional	Hora	VIDE OBS
60.02.309-0	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 0	Uso – 2h	R\$315,03
60.02.310-4	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 1	Uso – 2h	R\$321,66
60.02.311-2	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 2	Uso – 2h	R\$508,80
60.02.312-0	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 3	Uso – 2h	R\$561,80
60.03.313-9	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 4	Uso – 2h	R\$678,40
60.02.314-7	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 5	Uso – 2h	R\$710,20
60.02.315-5	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 6	Uso – 2h	R\$1.022,90
60.02.316-3	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 7	Uso – 2h	R\$1.022,90
60.02.318-0	Taxa de sala Cirúrgica, recuperação pós anestésica	Uso	R\$63,60
60.02.326-0	Taxa de sala de Diálise Peritonial	Uso Sessão	R\$610,76
60.02.327-9	Taxa de sala de Emergência / Reanimação	Uso Sessão	R\$71,25
60.02.328-7	Taxa de sala de Endoscopia Digestiva Alta	Uso/Sessão	R\$265,00
60.02.331-7	Taxa de sala de Hemodiálise (Ambulatorial)	Uso Sessão	R\$350,52

60.02.296-5	Taxa de sala de inalação/nebulização	Sessão	R\$32,88
60.02.338-4	Taxa de sala de procedimento ambulatorial	Uso Sessão	R\$148,40
60.02.340-6	Taxa de sala de quimioterapia	Uso Sessão	R\$215,52
60.03.371-1	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 12 Horas	Uso – 12h	R\$125,08
60.03.367-3	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 2 horas	Uso – 2h	R\$24,99
60.03.372-0	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 6 horas	Uso – 6h	R\$95,40

OBSERVAÇÕES

- A taxa de sala cirúrgica corresponde ao uso da sala por até 2 horas ou fração.
- Pelas horas excedentes, será cobrado adicional de 30% por hora ou fração do valor da taxa de sala correspondente.
- Para os serviços noturnos das 22h às 6h, domingos e feriados, haverá acréscimo de 30% (trinta) por cento do valor da sala.
- Materiais, medicamentos, anestesia, filmes e equipamentos especiais serão cobrados à parte.
- A taxa de sala pequena e sala de observação inclui Assistência de Enfermagem (aplicações de injeções, soros, curativos, punções, passagem de sonda vesical e sonda nasoenteral, aspiração das vias aéreas superiores, enterocлизма, irrigação vesical contínua, aspiração de secreção orotraqueal, lavagens gástricas e intestinal, retirada de pontos, punção de port-a-cath, glicemia capilar, punção de veia e tricotomia), utilização dos equipamentos como aspirador, monitor cardíaco, oxímetro/capnógrafo, desfibrilador, monitor de pressão invasiva e não invasiva, taxa de anestesia (CARRINHO DO ANESTESISTA) e eletrodo para monitorização.
- A taxa de sala média inclui todos os itens da sala pequena acrescentando-se bomba de infusão e respirador (exceto BIPAP e CPAP).
- A taxa de sala grande inclui todos os itens da sala média.
- Quando da realização de 2 ou mais cirurgias, será cobrada a taxa de sala correspondente à de maior porte.
- Itens de paramentação e EPIs estão inclusos nas taxas de sala.
- Na taxa de sala única de quimioterapia estão inclusos: aplicação de antineoplásico (por droga), aplicação de QT vesicante por veia periférica, coleta de sangue de port ou veia periférica, coleta de sangue por Hickman ou similares, curativo de cateter, passagem de sonda gástrica, vesical e punção de port-a-cath.

EQUIPAMENTOS

Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.415-1	Aparelho / equipamento para artroscopia cirúrgica	Uso	R\$477,00
60.02.464-0	Aparelho de aférese	Uso	R\$265,00
60.02.468-2	Aparelho de compressão pneumática	Diária	R\$102,00
60.03.386-0	Aparelho de endoscopia urológica	Uso	R\$116,59
60.03.394-0	Aparelho de laser cirúrgico	Uso Sessão	R\$159,00
60.02.488-7	Aparelho de urodinâmica	Uso	R\$477,00
60.02.511-5	Aquecedor a seco para fluidos de infusão	Uso	R\$63,60
60.02.512-3	Arco Cirurgico/Intensificador de Imagem	Uso	R\$254,32
60.02.515-8	Aspirador à vácuo	Uso	R\$46,64
60.02.518-2	Aspirador de catarata / facoemulsificador	Uso	R\$66,80
60.02.515-8	Aspirador elétrico	Uso	R\$54,19
60.02.523-9	Aspirador ultrassônico	Uso	R\$371,00
60.02.829-8	Balão intra aórtico	Diária	R\$178,12
60.02.624-3	Berço Aquecido	Diária	R\$73,62
60.02.549-2	Bisturi bipolar	Uso	R\$34,70
60.02.552-2	Bisturi de argônio	Uso	R\$150,52
60.02.553-0	Bisturi elétrico bipolar em neurocirurgia	Uso	R\$101,76
60.02.557-3	Bisturi ultrassônico	Uso	R\$138,90
60.02.407-0	Bomba de circulação extra corpórea	Uso	R\$111,52
60.02.566-2	Bomba de infusão	Diária	R\$63,60
60.02.571-9	Bomba de seringa	Uso Sessão	R\$63,60
60.02.573-5	Bomba de Sucção Contínua	Hora	R\$5,33
60.03.143-3	Capnógrafo	Uso	R\$53,32
60.02.642-1	Cardioversor / Desfibrilador	Uso	R\$92,22
60.02.411-9	Carrinho de Anestesia	Uso	R\$83,72
60.02.632-4	Colchão de Água	Diária	R\$20,59
60.02.633-2	Colchão de Ar	Diária	R\$20,90
60.02.638-3	Colchão térmico	Diária	R\$24,38

60.03.391-6	Craniotomo	Uso	R\$232,42
60.02.641-3	Dermátomo	Uso	R\$190,37
60.02.679-0	Estribo para tração transesquelética	Diária	R\$55,12
60.02.539-5	Fototerapia	Hora	R\$3,46
60.02.697-8	Garrote pneumático	Uso	R\$22,22
60.02.225-6	Imobilização gessada	Uso	R\$48,98
60.02.226-4	Imobilização não gessada	Uso	R\$45,86
60.02.713-4	Isolete	Diária	R\$137,01
60.02.719-3	Laser otorrino/neuro/oftalmo	Uso	R\$21,20
60.02.723-1	Lipoaspirador	Uso	R\$212,00
60.02.726-6	Litotriptor Laser (fibra exclusiva)	Uso	R\$289,25
60.02.725-8	Litotriptor pneumático (fibra exclusiva)	Uso	R\$246,31
60.02.728-2	Lupa	Uso	R\$19,63
60.02.731-2	Máquina Cell Saver	Uso	R\$95,40
60.02.615-4	Marcapasso provisório / temporário transcutâneo	Uso	R\$89,04
60.02.911-0	Microscópio cirúrgico	Uso	R\$68,41
60.02.530-1	Modelo Balão Intra Aórtico	Uso	R\$7,80
60.03.177-8	Monitor / monitorização de oxímetro - fora da UTI e CC	Uso Sessão	R\$27,92
60.03.208-1	Monitor / monitorização de PA não invasiva	Diária	R\$66,76
60.02.946-3	Monitor / monitorização intra craniana	Diária	R\$164,30
60.03.063-1	Monitor BIS	Diária	R\$72,36
60.02.922-6	Monitor cardíaco	Diária	R\$98,13
60.03.196-4	Monitor de PA Invasiva	Diária	R\$89,58
60.02.745-2	Monitor de vídeo	Uso	R\$66,76
60.03.063-1	Monitor Débito Cardíaco	Diária	R\$72,33
80.05.210-7	Nefroscópio	Diária	R\$313,36
60.03.176-0	Oxímetro (fora da UTI e Centro Cirurgico)	Diária	R\$34,49
60.02.754-1	Perfurador Ósseo Elétrico	Uso	R\$87,09
60.02.761-4	Quadro balcânico	Diária	R\$47,70
60.02.762-2	Raios-X no centro cirúrgico	Uso	R\$99,64
60.02.774-6	Respirador BIPAP/CPAP ou Gerador de Fluxo (circuitos exclusivos)	Diária	R\$54,58
60.02.768-1	Respirador de Pressão (fora do Centro Cirúrgico)	Diária	R\$44,80
60.02.772-0	Respirador de Volume (fora do Centro Cirúrgico)	Diária	R\$48,36
60.02.795-9	Serra Elétrica no C.C.	Uso	R\$41,26
60.02.798-3	Serra pneumática	Uso	R\$24,10
60.02.829-7	Taxa de aparelho/equipamento de vitrectomia	Uso	R\$74,17
60.02.745-2	Taxa de Vídeo	Uso	R\$505,90
60.02.438-0	Taxa de Vídeo Laparoscópio Cirúrgico	Uso	R\$505,90
60.02.439-9	Taxa de Vídeo Laparoscópio Diagnóstica	Uso	R\$505,90
60.02.814-9	Taxa de Vídeo Ureteroscópio	Uso	R\$505,90
60.02.500-0	Tração Esquelética	Diária	R\$29,91

REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE

Código	Descrição	Fator	Valor
60.00.038-4	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)	Unidade	R\$27,56
60.00.047-3	Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã ou café da tarde)	Unidade	R\$15,90

OBSERVAÇÕES

As despesas com alimentação do acompanhante (café, almoço e jantar), desde que oficialmente fornecido pelo serviço de nutrição da CREDENCIADA, poderão ser incluídas na conta hospitalar nas seguintes situações:

Para acompanhante de pacientes maiores de 60 anos (Estatuto do Idoso) e menores de 18 anos (Estatuto do menor e adolescente).

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM – OUTROS SERVIÇOS

Código	Descrição	Fator	Valor
60.01.516-0	Alimentação enteral (Instalação)	Sessão	R\$23,89
60.01.519-0	Alimentação parenteral (Instalação)	Sessão	R\$36,51
60.01.527-6	Aplicação de cateter de longa permanência	Uso Sessão	R\$29,92
60.01.529-2	Aplicação de injeção IM, IV, SC, glicemia e instalação de soro fora da UTI/semi UTI e do CC	Uso Sessão	R\$10,60
6.02.189-6	Aspiração oro/traqueal intermitente, à vacuo, fora da UTI	Sessão	R\$10,60
60.02.873-4	Assistência de enfermagem no PS/Pronto Atendimento	Sessão	R\$18,87
60.01.545-4	Curativo especial (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$70,43
60.03.400-9	Curativo grande (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$38,99
60.03.403-7	Curativo Médio (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$27,68
60.03.402-5	Curativo Pequeno (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$20,12
60.02.881-5	Instalação de cateter ou máscara	Sessão	R\$17,61
60.02.881-5	Instalação de cateter por via Periférica	Uso	R\$107,79
60.02.906-4	Instalação de soro IV	Uso Sessão	R\$5,51
60.02718-5	Irrigação Contínua	Diária	R\$23,93
60.02.278-7	Irrigação Vesical (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$36,79
60.02.242-6	Lavagem e aspiração traqueobronquica contínua, na UTI/semi UTI	Unid	R\$63,60
60.02.254-0	Lavagem gástrica (excluso material e medicamento) – fora da UTI / semi UTI e CC	Sessão	R\$32,88
60.02.272-8	Lavagem intestinal (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$32,88
60.02.278-7	Lavagem Vesical (excluso material e medicamento) - fora da uti/semi UTI e CC	Sessão	R\$32,88
60.03.350-9	Preparo de corpo em caso de óbito	Uso	R\$90,55
60.02.289-9	Retirada de pontos, imobilização ou gesso (excluso materiais e medicamentos)	Sessão	R\$20,68
60.02.345-7	Sondagem gástrica (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$29,92
60.02.363-5	Sondagem vaginal (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$29,92
60.02.354-6	Sondagem/cateterismo nasoenteral fora da UTI/semi UTI e CC	Uso Sessão	R\$32,88
60.02.366-0	Sondagem/cateterismo vesical fora da UTI/semi UTI e CC	Uso Sessão	R\$29,92
60.02.873-4	Taxa de Assistência de Enfermagem no Pronto Socorro/Pronto Atendimento	Uso	R\$18,87
60.02.378-3	Utilização de bandeja de tricotomia	Uso	R\$8,77
60.02.388-0	Utilização de bandeja p/ punção em geral	Uso	R\$6,64
60.02.389-9	Utilização de bandeja para retirada de pontos	Uso	R\$10,81

GASOTERAPIA

Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.840-8	Hélio	Hora	R\$77,50
60.02.839-4	Gás carbônico	Hora	R\$29,34
60.02.852-1	Nitrogenio	Hora	R\$28,16
60.00.514-9	Ar comprimido com oxigênio no respirador/ventilador	Hora	R\$19,72
60.02.857-2	Óxido nitroso	Hora	R\$86,77
60.02.834-3	Ar comprimido	Hora	R\$16,60
60.02.859-9	Oxigênio	Hora	R\$24,17
60.02.846-7	Mistura de gases no respirador/ ventilador	Hora	R\$85,87
60.02.856-4	Óxido nítrico	Hora	R\$86,77
60.00.491-6	Gás perfluoropropano (c3f8)	Hora	R\$106,00

TERAPIAS			
Código	Descrição	Fator	Valor
50.00.058-6	Fonoaudiologia – avaliação	Sessão	R\$68,90
50.00.061-6	Fonoaudiologia – sessão	Sessão	R\$58,30
50.00.046-2	Psicologia – consulta	Sessão	R\$68,90
50.00.056-0	Nutricionista – avaliação	Sessão	R\$68,90
50.00.005-5	Terapia ocupacional – avaliação	Sessão	R\$68,90
50.00.010-1	Terapia ocupacional – tratamento	Sessão	R\$58,30
50.00.014-4	Fisioterapia – avaliação	Sessão	R\$68,90
50.00.016-0	Fisioterapia – tratamento	Sessão	R\$58,30
30.20.215-9	Laseterapia	Sessão	R\$92,22
PACOTES DE PARTO			
Código	Descrição	Permanência	Valor
3.13.09.12-7	Parto via vaginal – sem honorários (apartamento ou enfermaria)	02 (dois) dias	R\$4.028,00
3.13.09.05-4	Parto cesariana – sem honorários (apartamento ou enfermaria)	03 (três) dias	R\$5.830,00
3.13.03.31-5	Curetagem com honorários (apartamento ou enfermaria)	01 (um) dia	R\$2.756,00
Composição do pacote de Parto (normal, cesárea) sem honorários Apartamento ou Enfermaria			
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diárias conforme tabela acima, para a mãe e recém-nascido o Quando ultrapassar o número previsto acima, a cobrança da internação para ambos será de acordo com os valores constantes na Tabela de o Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física), filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz o Bisturi Elétrico o Assistência de Enfermagem o Equipamentos básicos inerentes ao procedimento (mesa cirúrgica, apoio, auxiliar, etc) o Materiais e medicamentos de rotina, usuais ao Parto Normal ou Cesárea o Instrumental cirúrgico esterilizado o 01 (um) USG obstétrico o 01 (um) exame do pezinho “PKU” o 01 (um) Teste do Pezinho Ampliado o 01 (um) teste da Orelhinha (Otoacústico) o Exame de dextro do RN o Exames laboratoriais (fator RH, ABO e Combs) para mãe e recém-nascido • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários do Cirurgião, Anestesiista e Pediatra o Exames laboratoriais não mencionados na descrição acima o Transfusões de sangue e hemoderivados o Vacinas anti-RH o Fototerapia o Exames especializados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ USG Obstétrico- acima de 01 (um) ▪ Raios – X ▪ Tomografia ▪ Tococardiografia e outros o Unidade de Terapia Intensiva - UTI adulto e neonatal ou Semi Intensiva – Neonatal o Remoções e transferências de qualquer natureza o Despesas de qualquer intercorrência clínica ou cirúrgica, com a mãe pré, durante e pós- parto e com o recém-nascido, durante ou após o nascimento o Materiais e Medicamentos importados e/ou não inerentes ao procedimento o Avaliação de outras equipes médicas o Material de uso pessoal (fraldas descartáveis, bomba de leite, protetor seio de silicone e absorventes) – por conta do beneficiário o Outros não previstos na inclusão 			
Composição do pacote de Curetagem com honorários Apartamento ou Enfermaria			
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária. Quando ultrapassar o número previsto acima, a cobrança da internação para ambos será de acordo com os valores constantes na Tabela de Diárias e Taxas vigentes, acordada entre as partes o Honorários médicos (cirurgião principal, auxiliares e anestesiista) 			

- o Materiais e medicamentos pertinentes ao procedimento;
- o Taxas de sala, equipamentos e gasoterapia (durante o ato cirúrgico).
- o Fototerapia

• **Exclui:**

- o Exames:
 - Medicina Nuclear
 - Ultrassonografia
 - Tomografia Computadorizada
 - Ressonância Nuclear Magnética
- o Hemoterapia
- o Outros não previstos na inclusão

• **Obs.:** Para parto gemelar, acrescentar 20% (vinte por cento) sobre o valor total do Pacote, para cada RN

PACOTES DE TESTE DO PEZINHO

Código	Descrição	Fator	Valor
4.03.12.16-0	Teste do pezinho básico (TSH neonatal + fenilalanina + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	Unidade	R\$57,24
4.03.12.17-8	Teste do pezinho ampliado (TSH neonatal + 17OHprogesterona + fenilalanina + Tripsina imuno- reativa + eletroforese de Hb para triagem de hemopatias)	Unidade	R\$94,34

PACOTES DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

Código	Descrição	Fator	Valor
4.11.00.00-0	Ressonância Nuclear Magnética sem contraste (eletivo, internado e emergência)	Unidade	R\$742,00
4.11.01.00-6	Ressonância Nuclear Magnética com contraste (eletivo, internado e emergência)	Unidade	R\$954,00

• **Inclui:**

- o Honorários médicos
- o CD + Filme
- o Contraste
- o Taxas (equipamentos, sala, administrativas, etc)
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Serviços de enfermagem

• **Exclui:**

- o Honorários do anestesista – deve ser cobrado conforme tabela acordada pelo código 3.16.02.28.2-3 (anestesia para exames de RNM)
- o Anestésico quando necessário
- o Intercorrência

• **Obs.:** Quando da solicitação de 02 (dois) exames ou mais o valor a ser pago corresponderá a 100% do pacote para cada exame

PACOTE DE ANGIORRESSONÂNCIA

Código	Descrição	Valor
4.11.01.51-0	Angio-RM arterial de abdome superior	R\$1.214,76
4.11.01.53-7	Angio-RM arterial de crânio	R\$1.214,76
4.11.01.55-3	Angio-RM arterial de membro inferior (unilateral)	R\$1.214,76
4.11.01.57-0	Angio-RM arterial de membro superior (unilateral)	R\$1.214,76
4.11.01.59-6	Angio-RM arterial de pelve	R\$1.214,76
4.11.01.61-8	Angio-RM arterial de pescoço	R\$1.214,76
4.11.01.49-9	Angio-RM arterial pulmonar	R\$1.214,76
4.11.01.34-0	Angio-RM de aorta abdominal	R\$1.494,60
4.11.01.33-2	Angio-RM de aorta torácica	R\$1.494,60
4.11.01.52-9	Angio-RM venosa de abdome superior	R\$1.214,76
4.11.01.54-5	Angio-RM venosa de crânio	R\$1.214,76
4.11.01.56-1	Angio-RM venosa de membro inferior (unilateral)	R\$1.214,76
4.11.01.58-8	Angio-RM venosa de membro superior (unilateral)	R\$1.214,76
4.11.01.60-0	Angio-RM venosa de de pelve	R\$1.214,76
4.11.01.62-6	Angio-RM venosa de pescoço	R\$1.214,76
4.11.01.50-2	Angio-RM venosa de pulmonar	R\$1.214,76

OBSERVAÇÕES• **Inclui:**

- o Honorários médicos;
- o Materiais, inclusive Extensor e Seringa de Bomba Injetora e Conectores;
- o Medicamentos, inclusive contraste;
- o Taxas - Sala, equipamentos, serviços de enfermagem e administrativas;
- o Gasoterapia (oxigênio, ar comprimido e óxido nítrico);
- o CD + Filme;
- o Sedação, se necessário (materiais, medicamentos, taxas);
- o Contraste (independente do tipo e quantidade);

• **Exclui:**

- o Honorários do Anestesiologista – Deve ser cobrado conforme Tabela através do código 3.16.02.28-2 – Anestesia para exames de RM.
- Associação de pacotes:
 - o Pacote principal - P1 = 100%;
 - o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70%;
 - o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70% + P3 = 50%;
 - o A partir do P4 = sem remuneração.

- Valores e condições válidas para pacientes ambulatoriais (eletivos), internados e Pronto Socorro.

PACOTE DE RESSONÂNCIA CARDÍACA

Código	Descrição	Valor
4.11.01.15-4	Rm – Coração – morfológico e funcional + perfusão + viabilidade miocárdica	R\$1.574,10
4.11.01.14-6	RM – Coração – morfológico e funcional + perfusão + estresse	R\$1.563,50
4.11.01.13-8	RM – Coração – morfológico e funcional	R\$1.499,90

OBSERVAÇÕES• **Inclui:**

- o Honorários médicos (incluindo Cardiologista);
- o Materiais: Punção periférica, Extensor e Seringa de Bomba Injetora e Conectores;
- o Medicamentos, inclusive contraste;
- o Taxas - Sala, equipamentos, serviços de enfermagem e administrativas;
- o Gasoterapia (oxigênio, ar comprimido e óxido nítrico);
- o CD + Filme;
- o Sedação, se necessário (materiais, medicamentos, taxas);
- o Contraste (independente do tipo e quantidade);

• **Exclui:**

- o Honorários do Anestesiologista – Deve ser cobrado conforme Tabela através do código 3.16.02.28-2 – Anestesia para exames de RM.

- Obs.: Procedimento com uso do medicamento Dipiridamol, que poderá ser citado no pedido do médico solicitante e utilizado na realização do exame. Caso o médico executante determine sua utilização deverá enviar relatório justificando necessidade de uso do mesmo.

- Valores e condições válidas para pacientes ambulatoriais (eletivos), internados e Pronto Socorro.

PACOTE DE ANGIOTOMOGRAFIA

Código	Descrição	Valor
4.10.01.43-5	Angiotomografia arterial de abdome superior	R\$1.001,70
4.10.01.37-0	Angiotomografia arterial de crânio	R\$1.001,70
4.10.01.47-8	Angiotomografia arterial de membro inferior	R\$1.001,70
4.10.01.49-4	Angiotomografia arterial de membro superior	R\$1.001,70
4.10.01.45-1	Angiotomografia arterial de pelve	R\$1.001,70
4.10.01.39-7	Angiotomografia arterial de pescoço	R\$1.001,70
4.10.01.41-9	Angiotomografia arterial de tórax	R\$1.001,70
4.10.01.51-6	Angiotomografia arterial pulmonar	R\$1.001,70
4.10.01.23-0	Angiotomografia coronariana	R\$1.256,10
4.10.01.18-4	Angiotomografia de aorta abdominal	R\$1.001,70
4.10.01.17-6	Angiotomografia de aorta torácica	R\$1.001,70
4.10.01.44-3	Angiotomografia venosa de abdome superior	R\$1.001,70
4.10.01.38-9	Angiotomografia venosa de crânio	R\$1.001,70
4.10.01.48-6	Angiotomografia venosa de membro inferior	R\$1.001,70

4.10.01.50-8	Angiotomografia venosa de membro superior	R\$1.001,70
4.10.01.46-0	Angiotomografia venosa de pelve	R\$1.001,70
4.10.0140-0	Angiotomografia venosa de pescoço	R\$1.001,70
4.10.0142-7	Angiotomografia venosa de tórax	R\$1.001,70
4.10.01.52-4	Angiotomografia venosa pulmonar	R\$1.001,70

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- Honorários médicos (inclusive Cardiologista);
- Materiais: Punção periférica, Extensor e Seringa de Bomba Injetora e Conectores;
- Medicamentos, inclusive contraste;
- Taxas - Sala, equipamentos, serviços de enfermagem e administrativas;
- Gasoterapia (oxigênio, ar comprimido e oxido nitroso);
- CD + Filme;
- Sedação, se necessário (materiais, medicamentos, taxas);
- Contraste (independente do tipo e quantidade);

- **Exclui:**

- Honorários do Anestesista – Deve ser cobrado conforme Tabela através do código 3.16.02.27-4 – Anestesia para exames de TC.
- Associação de pacotes:
 - Pacote principal - P1 = 100%;
 - Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70%;
 - Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70% + P3 = 50%;
 - A partir do P4 = sem remuneração.

• Valores e condições válidas para pacientes ambulatoriais (eletivos), internados e Pronto Socorro.

PACOTE RADIOTERAPIA CONFORMADA

Descrição	Valor
Cabeça e Pescoço	R\$14.416,00
Linfomas - por setor	R\$9.010,00
Leucemia - por setor	R\$7.208,00
Mama (todas situações)	R\$11.262,50
Melanoma – drenagens	R\$10.812,00
Metástase cerebrais/profilaxia	R\$7.208,00
Metástase ganglionar	R\$9.010,00
Metástase óssea - por região	R\$7.208,00
Neuro-eixo	R\$12.614,00
Neuro-eixo + boost craniano	R\$18.020,00
Próstata (todas situações)	R\$12.614,00
Testículo	R\$9.010,00
Tumores abdominais (estômago, pâncreas, rins e vias biliares)	R\$12.614,00
Tumores pélvicos (canal anal, reto, vulva, vagina, bexiga e útero)	R\$14.416,00
Tumores do Sistema Nervoso Central	R\$16.218,00
Tumores ósseos e de partes moles	R\$10.812,00
Tumores torácicos	R\$14.416,00

PACOTES DE RADIOTERAPIA

Inclui:

- Planejamento técnico.
- Estrutura: sala, serviços de enfermagem, equipamento.
- Cheque filme.
- Simulação tratamento.
- Blocos de colimação.
- Máscaras (moldes).

- Aplicações de radioterapia para a região específica do pacote.
- Megavoltagem.

Honorários médicos.

Exclui:

- Exames adicionais ao tratamento: Tomografia Computadorizada e PET CT.
- Anatomia Patológica e Imuno histoquímica.

Materiais

PACOTE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA

Descrição	Valor
Radioterapia estereotática fracionada (11 -30 Sessões)	R\$18.020,00
Radiocirurgia nível I	R\$12.614,00
Radiocirurgia nível II	R\$14.416,00
Radiocirurgia nível III	R\$16.218,00
Radioterapia estereotática Hipofracionada (1-10 Sessões)	R\$16.430,00

COMPOSIÇÃO

PACOTES DE RADIOTERAPIA

Inclui:

- Planejamento técnico.
- Estrutura: sala, serviços de enfermagem, equipamento.
- Cheque filme.
- Simulação tratamento.
- Blocos de colimação.
- Máscaras (moldes).
- Aplicações de radioterapia para a região específica do pacote.
- Megavoltagem.

Honorários médicos.

Exclui:

- Exames adicionais ao tratamento: Tomografia Computadorizada e PET CT.
- Anatomia Patológica e Imuno histoquímica.

Materiais

RADIOCIRURGIA NIVEL I (PACOTE)

Inclui: Estrutura: (Sala, Assistência de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.

Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares.

RADIOCIRURGIA NIVEL II (PACOTE)

Inclui: Estrutura: (sala, serviço de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.

Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares.

RADIOCIRURGIA NIVEL III (PACOTE)

Inclui: Estrutura: (sala, serviço de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.

Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares

PACOTE IMRT

Descrição	Valor
Cabeça e pescoço	R\$23.426,00
Próstata	R\$22.525,00
Tumores abdominais	R\$19.822,00
Tumores pélvicos	R\$19.822,00

Tumores torácicos	R\$19.822,00
Tumores cranianos	R\$21.624,00
COMPOSIÇÃO	
PACOTES DE RADIOTERAPIA	
Inclui:	
<ul style="list-style-type: none"> · Planejamento técnico. · Estrutura: sala, serviços de enfermagem, equipamento. · Cheque filme. · Simulação tratamento. · Blocos de colimação. · Máscaras (moldes). · Aplicações de radioterapia para a região específica do pacote. · Megavoltagem. Honorários médicos.	
Exclui:	
<ul style="list-style-type: none"> · Exames adicionais ao tratamento: Tomografia Computadorizada e PET CT. · Anatomia Patológica e Imuno histoquímica. Materiais	
PACOTE BRAQUITERAPIA	
Descrição	Valor
Braquiterapia de ATD ginecológica completa (por inserção)	R\$2.342,60
Braquiterapia de ATD ginecológica de cúpula vaginal (por inserção)	R\$1.621,80
PACOTE TBI	
Descrição	Valor
IRRADIAÇÃO - IRRADIAÇÃO PARA TODO CORPO	R\$16.218,00
PACOTE BIÓPSIA GUIADA POR TOMOGRAFIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 02 horas (sala de TC); ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 02 horas; ○ Equipamentos; ○ Gasoterapia; ○ Serviços de enfermagem; ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento; ○ Honorários médicos (radiologista); ○ CD ou DVD e Filme; e ○ OPME: 01 (um) conjunto de agulhas para biópsia. 	
Descrição	Valor
Biópsia de Abdome guiada por TC	R\$1.511,56
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Total); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 	
Biópsia Cervical guiada por TC	R\$1.468,35
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Pescoço – partes moles, laringe, tireoide, faringe, etc); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 	
Biópsia Dorsal ou Lombar guiada por TC – por região	R\$1.394,83
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Coluna Lombar ou Torácica); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 		
Biópsia Hepática guiada por TC		R\$1.533,03
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Superior); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 		
Biópsia do Quadril guiada por TC		R\$1.375,88
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Quadri); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 		
Biópsia de Membros Inferiores ou Superiores guiada por TC – por região		R\$1.375,88
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Segmento Apendicular); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 		
Biópsia do Pulmão / Tórax guiada por TC		R\$1.541,24
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Tórax); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 		
Biópsia Renal guiada por TC		R\$1.583,64
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Superior); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); ○ Exame painel de imunohistoquímica por CD34 (até 01 unidade); ○ Exame para imunofluorescência (até 01 unidade); 		
Biópsia Sacral guiada por TC		R\$1.375,88
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Coluna Sacral); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 		
PACOTE BIÓPSIAS		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Mama guiada pó USG (unilateral)	R\$1.288,71
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de abdomem superior) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Agulha para biópsia ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.08.09-2	Core Biópsia por USG (unilateral)	R\$1.288,71
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem 		

- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Agulha para biópsia
- o Anatomia patológica (até 01 unidade)
- o Honorários médicos (radiologista)

Código	Procedimento	Valor
4.08.08.06-8	Agulhamento ou Estereotaxia por USG (unilateral)	R\$1.288,72

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Agulhas
 - o Anatomia patológica (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)

Código	Procedimento	Valor
4.08.08.06-8	Agulhamento ou Estereotaxia por Rx (unilateral)	R\$1.235,83

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de Mamografia)
 - o Taxa de Rx (mamografia)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Agulhas
 - o Anatomia patológica (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)

Código	Procedimento	Valor
3.06.02.18-1	Punção de Mama guiada por USG (unilateral)	R\$1.217,13

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de Mamas)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Agulhas para punção
 - o Exame punção por lesão (até 02 unidades)
 - o Honorários médicos (radiologista).

Código	Procedimento	Valor
4.08.08.10-6	Mamotomia por USG ou Rx (unilateral)	R\$1.219,48

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de Mamografia)
 - o Taxa de Rx (mamografia)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)

Código	Procedimento	Valor
--------	--------------	-------

4.08.08.10-6	Mamotomia por RNM (unilateral)	R\$1.518,83
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de Mamografia) ○ Taxa de RM (RNM da Mama) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) 		
Código	Procedimento	Valor
3.11.01.39-9	Biópsia de Enxerto Renal guiada por USG	R\$1.800,45
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de rins, ureter e bexiga) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades) ○ Pannel de Imunohistoquímica por CD34 (até 01 unidade) ○ Exame para Imunofluorescência (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
3.10.05.69-1	Biópsia Hepática guiada por USG	R\$1.215,65
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de Abdomen) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Parede Abdominal guiada por USG	R\$1.001,70
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Próstata Transretal guiada por USG	R\$1.957,29
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de próstata transretal) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 12 unidades) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Cervical guiada por USG	R\$928,56
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Inguinal guiada por USG	R\$906,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Subclavicular guiada por USG (unilateral)	R\$1.171,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor

4.08.09.16-1	Biópsia de Submandibular guiada por USG (unilateral)	R\$924,32
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ OPME: 01 Agulha de biópsia Magnum 18Gx10cm 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Tireóide / Parótida guiada por USG	R\$1.012,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica – exame punção por lesão (até 02 unidades) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Tórax guiada por USG	R\$875,03
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de Tórax ou Mediastino) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Pleural guiada por USG	R\$870,26
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de Tórax ou Mediastino) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor

4.08.09.16-1	Punção de Articulação guiada por USG (por articulação)	R\$941,28
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de articulação) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de Cisto Renal guiada por USG (unilateral)	R\$1.099,09
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de Rim) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de órgão ou estrutura guiada por USG (por órgão)	R\$1.034,08
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de Líquido Pleural guiada por USG (unilateral)	R\$896,55
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de Tórax ou Mediastino) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Anatomia patológica – Cell Block (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) ○ 01 Agulha de biópsia Magnum 		

IMPORTANTE: O pacote contempla apenas UM dos esquemas de condicionamento abaixo que será definido pelo médico assistente responsável

A. Esquema / Protocolo ATLANTA Mitexan (Mesna), Fludaramina (Fludalobbs), Ciclofosfamida (Genuxal), Bussulfano (Bussilvex)	Incluso um dos esquemas descritos
B. Esquema / Protocolo FLUDARABINA + CICLOFOSFAMIDA (intensidade reduzida) Mitexan (Mesna), Fludaramina (Fludalobbs), Ciclofosfamida (Genuxal), Bussulfano (Bussilvex)	Incluso um dos esquemas descritos
C. Esquema / Protocolo BULFLU Mieloablativo + THIMOGLOBULINA Fludaramina (Fludalobbs), Bussulfano (Bussilvex) e Thymoglobulina	Incluso um dos esquemas descritos
D. Esquema / Protocolo CICLOFOSFAMIDA + THIMOGLOBULINA Mitexan (Mesna), Ciclofosfamida (Genuxal), Thymoglobulina	Incluso um dos esquemas descritos
SADT: Ácido Láctico, Ácido Úrico, Albumina, Amilase, Amônia, Antibiograma Automatizado, Dosagem de Antibiótico, Bilirrubina Direta e Indireta, Citomegalovírus-quantitativo, por PCR, Cálcio Iônico, Creatinina, Desidrogenase Láctica, Fosfatase Alcalina, Gama-Glutamil Transferase, Fósforo, Hemocultura, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Proteína C Reativa, Proteínas Totais, Albumina, Globulina, Sódio, Tempo de Protombina e Tempo Tromboplastina Parcial ativada, TGO, TGP e Uréia;	Até 20 unidades
Antígenos de Aspergillus de Galactomannan, nível sérico de ciclosporina, nível sérico de Tacrolimus, PCR Pesquisa Genova Cmv;	Até 8 unidades
Tipagem Sanguínea;	01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B)	01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR)	01 unidade
PRA – Análise de Reatividade Contra Pannel de Linfócitos, Classe I e II, Soro	01 unidade
Exames de Imagem:	
Eletrocardiograma	02 unidades
RX de Tórax	02 unidades
Tomografia de seios da face	02 unidades
Tomografia de Abdômen	02 unidades
Tomografia de Tórax	02 unidades
Tomografia de Pelve	02 unidades
Radioscopia Intra-operatório	01 unidade
Fisioterapia:	
Avaliação Fisioterápica	01 unidade
Fisioterapia Respiratória	Até 60 sessões
Fisioterapia Motora	Até 60 sessões
Exercício com RPPI	Até 05 sessões
Odontologia:	
Avaliação do Odontologista	Até 01 unidade
Laserterapia para tratamento de mucosite	Até 20 sessões
Radioterapia:	
TBI- Irradiação Corporal Total – Mieloablativo ou não-mieloablativo	Até 06 sessões
Banco de Sangue:	
Concentrado de Hemácias	Até 08 unidades
Plaquetas por Aférese	Até 06 unidades
Taxa de Irradiação de componentes hemoterápicos	Até 14 unidades
Pesquisa NAT por unidade de Hemocomponente	Até 14 unidades
Filtro Bio R para deleucotização de Hemácias	Até 08 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i>	Até 06 unidades
OPME:	
Kit Cateter venoso central(todos os tipos)	01 unidade
Consultas: Durante 100 dias (D+100) estão incluídas as consultas com a equipe de Hematologia	Até D+100
Honorário Médicos da Equipe de TMO / Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão	Incluso até 33 dias
Honorário Médicos do Infectologista	Incluso até 33 dias
Honorário Médicos equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)	01 unidade

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);

Exclui o procedimento para reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão;

Ciclos de tratamento clínicos/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante, assim como consultas, exames e procedimentos;

Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão);

Exclui consultas com a equipe de hematologia após D+100 dias da alta hospitalar;

Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto (assim como nova coleta em doador e recursos utilizados);

Atendimento de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades.

INTERNAÇÃO:

Internação por período superior a **01 diária em apartamento** para doador e superior a **30 Diárias em Apartamento** para o receptor;

Permanência em Semi-intensiva e/ou internação em UTI superior **05 diárias** (assim como recursos e honorários respectivos);

BANCO DE SANGUE:

Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão, assim como recursos utilizados. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada;

Procedimentos em aférese terapêutica no receptor;

Coleta de células tronco por aférese e aplicação de medula acima de 02 unidades (assim como todos os recursos utilizados);

Exclui coleta de células tronco em Centro Cirúrgico assim como todos os recursos utilizados;

Exames complementares (fenotipagem Rh/ outros sistemas, cariótipos, mielograma, painel de hemácias, imunofenotipagem, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos);

Criopreservação de linfócitos do doador (assim como recursos utilizados);

Coleta e criopreservação de linfócitos do doador para fins terapêuticos estão excluídos do pacote (assim como todos os recursos utilizados);

Infusão de leucócitos/ granulócitos;

Procedimento de Fotoférese.

SADT:

SDAT's não descritos na inclusão ou superior a quantidade descrita (assim como todos os recursos utilizados);

Sessões de diálise (hemodiálise, Prisma ou diálise peritoneal) além de materiais, medicamentos, taxa de equipamentos e taxa de sala para a sessão;

Fisioterapia: procedimento de alto e baixo fluxo assim como materiais relacionados;

Anátomo-patológico.

MATERIAIS:

OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão.

MEDICAMENTOS:

Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (Ambisome, Cancidas, Vfend, voriconazol), antibióticos (Targocid, Tygacil, Zyvox, imipenem, piperaciclina/ tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor/ Mozobil, gamaglobulina, demais anticorpos monoclonais (Zenapax/ Daclisumab, ritoximabe, Velcade, Mabthera), vacinas e medicamentos importados serão cobrados conforme tabela acordada;

Quimioterapia não descrita na inclusão. O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão (definição conforme prescrição médica);

Radiofármacos.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

Refeições e demais despesas com acompanhantes.

INTERCORRÊNCIAS:

Intercorrências relacionadas ao doador e/ ou transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas).

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes com idade superior a 14 anos que tiverem indicação de transplante de medula óssea alogênico (o pacote não contempla TMO Alogênico em pacientes pediátricos);

O pacote terá início a partir do momento da internação para TMO e não contempla atendimentos, consultas, procedimentos, recursos, honorários e internações prévias (doador e receptor);

Em caso de Intercorrência o conceito "Pacote" deixará de ser válido e a conta será cobrada, a partir da data da intercorrência de acordo com as condições comerciais referente a taxas e diárias;

Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias incluídas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora.

O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).

Em caso em que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, antes da infusão, **a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança, descaracterizada como pacote, seguindo acordo com as condições comerciais referente a taxas e diárias;**

Em caso em que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a infusão, a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança de conta "pacote" **proporcional, conforme acordo pré-definido.**

O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas (medicamentos, exames, procedimentos, materiais, OPMEs). Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO PEDIÁTRICO (MOBILIZAÇÃO, COLETA, CONDICIONAMENTO E INFUSÃO) HEMATOLOGIA		VALOR PACOTE R\$280.000,00
DOADOR	CONTEMPLA	
<p>ITENS INCLUSOS: Day Clinic Atendimento Ambulatorial</p> <p>Diária em Apartamento Coleta de Células Tronco por Aférese automática OU coleta de medula no Centro Cirúrgico, bem como itens inerentes a este procedimento Procedimento para passagem de Cateter Venoso Central Taxa de Sala Cirúrgica para passagem de cateter central Taxa de Equipamentos Gasoterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inalações) Assistência de Enfermagem Materiais inerentes ao procedimento Medicamentos comuns inerentes ao procedimento</p> <p>Medicamentos específicos: Granulokine</p> <p>SADTS: Exames Laboratoriais/ Tipagem: Exames Laboratoriais de rotina: Cálcio iônico Creatinina, Desidrogenase láctica, Fosfatase Alcalina, Fósforo, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Sódio e Uréia. Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B) Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR) HLA C, Teste de histocompatibilidade de média resolução, sangue total HLA DP</p> <p>Exames de Imagem: Eletrocardiograma RX de Tórax Radioscopia Intra-Operatória</p> <p>Banco de Sangue: Tipagem Sanguínea Dosagem de Células CD34+ Conjunto <i>Trima Accel e ou conjunto WBC Cobe Spectra</i> - Coleta de células Tronco</p> <p>OPME: Kit Cateter venoso central(todos os tipos).</p> <p>Honorário Médicos Equipe TMO Hematologia – Mobilização e Coleta (Adulto) Honorários Médicos Equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)</p>	<p>Até 01 Até 07 atendimentos OU Até 2 diárias</p> <p>Até 01 coleta Até 01 unidade Até 01 unidade Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso</p> <p>Incluso Itens descritos Até 15 frascos</p> <p>Até 4 unidades Até 01 unidade Até 01 unidade Até 01 unidade Até 01 unidade</p> <p>Até 01 unidade Até 02 unidades Até 01 unidade</p> <p>Até 01 unidade Até 02 unidades Até 06 unidades</p> <p>Até 01 unidade</p> <p>Incluso Incluso</p>	
RECEPTOR	CONTEMPLA	
<p>ITENS INCLUSOS: Diárias de Apartamento Diárias de UTI Aplicação de Células Tronco Taxas de equipamentos Gasoterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inalações) Assistência de Enfermagem</p>	<p>Até 30 diárias Até 02 diárias Até 01 aplicação Uso Uso Incluso</p>	

Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos específicos:	
Granulokine	Incluso
Thymoglobulina	Incluso
Ciclosporina ou Tacrolimus	Incluso
Micofenolato	Incluso
Imipenem	Incluso
IMPORTANTE: O pacote contempla apenas UM dos esquemas de condicionamento abaixo que será definido pelo médico assistente responsável	
A. Ciclofosfamida e Irradiação corporal total (TBI)	Incluso um dos esquemas descritos
B. Etoposide e Irradiação corporal total (TBI) + ATG	Incluso um dos esquemas descritos
C. Ciclofosfamida + ATG	Incluso um dos esquemas descritos
D. Fludarabina (25x3), TBI (1320) e Ciclofosfamida (60x2) – transplante de cordão	Incluso um dos esquemas descritos
E. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (14,5x2) + TBI (200) Haploidêntico	Incluso um dos esquemas descritos
F. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (50x2) + TBI 1200 Haploidêntico	Incluso um dos esquemas descritos
G. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (50x2) + ATG – não aparentado	Incluso um dos esquemas descritos
H. Ciclofosfamida + ATG – alogênico para aplasia	Incluso um dos esquemas descritos
SADT: Ácido Lático, Ácido Úrico, Albumina, Amilase, Amônia, Antibiógrama Automatizado, Dosagem de Antibiótico, Bilirrubina Direta e Indireta, Citomegalovírus-quantitativo, por PCR, Cálcio Iônico, Creatinina, Desidrogenase Lática, Fosfatase Alcalina, Gama-Glutamil Transferase, Fósforo, Hemocultura, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Proteína C Reativa, Proteínas Totais, Albumina, Globulina, Sódio, Tempo de Protombina e Tempo Tromboplastina Parcial ativada, TGO, TGP e Uréia;	Até 20 unidades
Antígenos de Aspergillus de Galactomannan, nível sérico de ciclosporina, nível sérico de Tacrolimus, PCR Pesquisa Genova Cmv;	Até 08 unidades
Tipagem Sanguínea;	Até 01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B)	Até 01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR)	Até 01 unidade
HLA C, Teste de histocompatibilidade de média resolução, sangue total	Até 01 unidade
HLA DP	Até 01 unidade
PRA – Análise de Reatividade Contra Painel de Linfócitos, Classe I e II, Soro	Até 01 unidade
Exames de Imagem:	
Eletrocardiograma	Até 02 unidades
RX de Tórax	Até 02 unidades
Tomografia de seios da face	Até 02 unidades
Tomografia de Abdômen	Até 02 unidades
Tomografia de Tórax	Até 02 unidades
Tomografia de Pelve	Até 02 unidades
Radioscopia Intra-operatório	Até 01 unidade
Fisioterapia:	
Avaliação Fisioterápica	01 unidade
Fisioterapia Respiratória	Até 60 sessões
Fisioterapia Motora	Até 60 sessões
Exercício com RPPI	Até 05 sessões

Odontologia:	
Avaliação do Odontologista	Até 01 unidade
Laserterapia para tratamento de mucosite	Até 15 sessões
Radioterapia:	
TBI- Irradiação Corporal Total – Mieloablativo ou não-mieloablativo	Até 07 sessões
Banco de Sangue:	
Concentrado de Hemácias	Até 08 unidades
Plaquetas por Aférese	Até 06 unidades
Taxa de Irradiação de componentes hemoterápicos	Até 14 unidades
Pesquisa NAT por unidade de Hemocomponente	Até 14 unidades
Filtro Bio R para deleucotização de Hemácias	Até 08 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i>	Até 06 unidades
OPME:	
Kit Cateter venoso central	Até 01 unidade
Consultas: Durante 100 dias (D+100) estão incluídas as consultas com a equipe de Hematologia	Até D+100
Honorário Médicos da Equipe de TMO / Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão	Incluso
Honorário Médicos do Infectologista	Incluso
Honorário Médicos equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)	Incluso
Avaliações prévias: Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Gastroenterologia, Dermatologia, Cardiologia	Incluso

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);

Exclui o procedimento para reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão;

Ciclos de tratamento clínicos/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante, assim como consultas, exames e procedimentos;

Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão);

Exclui consultas com a equipe de hematologia após D+100 dias da alta hospitalar;

Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto (assim como nova coleta em doador e recursos utilizados);

Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades.

INTERNAÇÃO:

Internação por período superior a 02 diárias em apartamento para doador e superior a 30 Diárias em Apartamento para o receptor;

Permanência em Semi-intensiva e/ou internação em UTI superior **02 diárias para o receptor** (assim como recursos e honorários respectivos);

BANCO DE SANGUE:

Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão, assim como recursos utilizados. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada;

Procedimentos em aférese terapêutica no receptor;

Coleta de células tronco por aférese e aplicação de medula acima de 02 unidades (assim como todos os recursos utilizados);

Exclui coleta de células tronco em Centro Cirúrgico assim como todos os recursos utilizados;

Exames complementares (fenotipagem Rh/ outros sistemas, cariótipos, mielograma, painel de hemácias, imunofenotipagem, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos);

Criopreservação de linfócitos do doador (assim como recursos utilizados);

Coleta e criopreservação de linfócitos do doador para fins terapêuticos estão excluídos do pacote (assim como todos os recursos utilizados);

Infusão de leucócitos/ granulócitos;

Procedimento de Fotoférese.

SADT:

SDAT's não descritos na inclusão ou superior a quantidade descrita (assim como todos os recursos utilizados);

Sessões de diálise (hemodiálise, Prisma ou diálise peritoneal) além de materiais, medicamentos, taxa de equipamentos e taxa de sala para a sessão;

Anátomo-patológico.

Punção aspirativa para coleta de Mielograma

Mielograma/ Análise de quimerismo

Imunofenotipagem (drm)

Cobertura de fish e/ ou PCR para acompanhamento de LA

Líquor

MATERIAIS:

OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão.

MEDICAMENTOS:

Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (Ambisome, Cancidas, Vfend), antibióticos (Targocid, Tygacil, Zyvox, piperaciclina/ tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor/ Mozobil, gamaglobulina, demais anticorpos monoclonais (Zenapax/ Daclisumab, ritoximabe, Velcade, Mabthera), e qualquer substituto dos medicamentos acima. Vacinas e medicamentos importados serão cobrados conforme tabela acordada (por ex: bussulfano e melfalano)

Quimioterapia não descrita na inclusão. O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão (definição conforme prescrição médica);

Radiofármacos.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

Refeições e demais despesas com acompanhantes.

INTERCORRÊNCIAS:

Intercorrências relacionadas ao doador e/ ou transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas).

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes pediátricos que tiverem indicação de transplante de medula óssea alogênico (o pacote não contempla TMO Alogênico em pacientes adultos);

O pacote terá início a partir do momento da internação para TMO e não contempla atendimentos, consultas, procedimentos, recursos, honorários e internações prévias (doador e receptor);

Em caso de Intercorrência o conceito "Pacote" deixará de ser válido e a conta será cobrada, a partir da data da intercorrência de acordo com as condições comerciais referente a taxas e diárias;

Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora.

O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).

Em caso em que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, antes da infusão, **a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança, descaracterizada como pacote, seguindo acordo com as condições comerciais referente a taxas e diárias;**

Em caso em que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a infusão, a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança de conta "pacote" **proporcional, conforme acordo pré-definido.**

O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas (medicamentos, exames, procedimentos, materiais, OPMEs). Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

**PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO PEDIÁTRICO
(FASE DE INFUSÃO)
HEMATOLOGIA**

**VALOR PACOTE
R\$155.000,00**

ITENS INCLUSOS

Diárias em Apartamento	Até 22 diárias
Diárias em UTI	Até 02 diárias
Aplicação de Células Tronco	Até 01 aplicação
Taxa de Equipamentos	Uso
Gasoterapia	Uso
Assistência de Enfermagem	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamento específico Granulokine	Incluso
Imipenem	Incluso
Implante de Cateter Central e itens inerentes, bem como HM Vascular e cateter	Incluso
Exame para verificar posicionamento de cateter	Incluso
Monitoramento Farmacocinética Bussulfano HIAE	Incluso
Laserterapia para prevenção/ tratamento de mucosite	Até 10 sessões

IMPORTANTE: Incluso um dos esquemas de condicionamento descrito:

B. Grupo SNC/ Retino:

B1. Esquema Carboplatina – Etoposide – Tiotepa

C- Grupo Linfoma:

C1. Esquema BEAM: carmustina (Becenum), citarabina (Aracytin), etoposide (Eunades)

E- Grupo TCG:

E1. Esquema Carboplatina – Etoposide

SADTS:

Exames laboratoriais de rotina (hemograma, Na, K, Ur, Creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas, glicose, AC. Urico, cloro, gasometria venosa, Ca, fósforo, magnésio, albumina total, fosfatase alcalina, Gama-GT, colesterol total e frações, lipídeos, triglicérides, PCR, hemocultura – até 15, swab)	Incluso
Avaliação Fisioterápica	Até 01 unidade
Fisioterapia respiratória	Até 50 sessões
Fisioterapia motora	Até 50 sessões
Banco de Sangue:	
Congelamento de células	Incluso
Tipagem sanguínea	Até 01 unidade
Concentrado de Hemáceas	Até 04 unidades
Plaquetas por Aférese	Até 06 unidades
Taxa de irradiação de componentes hemoterápicos	Até 10 unidades
Pesquisa NAT por unidade de hemocomponente	Até 30 unidades
Filtro Bio-R para deleucotização de hemáceas	Até 04 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i>	Até 06 unidades
Consultas: O pacote inclui as consultas de equipe de Hematologia realizadas até 20 dias após a alta da internação do paciente referente à infusão da medula óssea.	Até 20 dias pós-alta
Honorários médicos da equipe de TMO/ Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão (até 24 diárias)	Incluso
Honorários médicos do Infectologista durante o período de internação para infusão (até 24 diárias)	Incluso

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);

Ciclos de tratamento clínico/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante.

Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão);

Consultas pré-transplante com a equipe Hematologia (estão exclusas as consultas pré-mobilização, coleta e pré-internação para infusão da medula);

Consultas pós-transplante superiores a 20 dias da alta para infusão da medula óssea (estão exclusas as consultas no período superior a 20 dias pós-alta da primeira internação para infusão);

Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto;

Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades;

1ª fase (mobilização) e 2ª fase (coleta).

INTERNAÇÃO:

Internação por período superior a **22 Diárias em Apartamento**;

Internação por período superior a **02 Diárias em UTI**;

Permanência em Semi-intensiva (e honorários respectivos);

BANCO DE SANGUE:

Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade da utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobradas através da tabela atualmente contratada;

Procedimentos em aférese terapêutica;

Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão;

Exames complementares (fenotipagem Rh/ outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos);

Conjunto *WBC Cobe Spectra e/* ou conjunto *Spectra Optia* para coleta de células-tronco;

Conjunto *Spectra Optia* para realização de plasmaférese terapêutica;

Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas);

SADT:

SDAT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões, exame de reestadiamento da doença de base tais como tomografias, biópsia de medula óssea, ressonância nuclear magnética ou PET-CT;

Sessões de diálise;

Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão);;

Radioterapia Corporal Total (TBI);

Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo-patológicos nas amostras correspondentes;

Anátomo-patológico;.

MATERIAIS:

OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão.

MEDICAMENTOS:

Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome, Cancidas, Vfend, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid, Tygacil, Zyvox, meropenem, imipenem, piperacilina/ tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor/ Mozobil, quimioterápicos (ex. Fludara, Daunoxome), Thimoglobulina, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera/ demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax/ Daclisumab) e medicamentos importados (por ex. bussulfano e melfalano);

Vacinas e Medicações específicas para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado.

Quimioterapia (exceto as descritas na inclusão). O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão (definição conforme prescrição médica);

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

INTERCORRÊNCIAS:

Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas).

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes Pediátricos que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes adultos);

Em caso de intercorrências(interrupção do tratamento), o conceito "Pacote" deixará de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes;

Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora.

O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).

Em caso que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, antes da infusão, a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança, descaracterizada como pacote, seguindo acordo com as condições comerciais referente a taxas e diárias;

Em caso que o paciente for a óbito ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a infusão, a conta hospitalar será enviada para o sistema de cobrança de conta "pacote" proporcional, conforme acordo pré-definido.

O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO PEDIÁTRICO (FASE DE MOBILIZAÇÃO + COLETA)	VALOR PACOTE R\$38.000,00
---	--------------------------------------

ITENS INCLUSOS

Day Clinic	Até 01
Atendimento Ambulatorial	Até 07 atendimentos
Coleta de Medula Óssea	Até 2 coletas
Taxa de Equipamentos	Uso
Gasoterapia	Uso
Assistência de Enfermagem	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Implante de Cateter Central e itens inerentes, bem como HM Vascular e cateter	Até 01 unidade
Exame para verificar posicionamento de cateter	Até 01 unidade
Hemocomponentes (Plaqueta e Hemácia)	Até 03 unidades
Irradiação de hemocomponentes	Até 03 unidades
Filtro e Trima	Até 03 unidades
Medicamentos específicos:	Inclusos itens descritos
Quimioterápico Ciclofosfamida	Até 03 frascos
G-CSF Granulokine	Até 10 frascos
SADTS:	
Raio x Tórax	Incluso
Banco de Sangue:	
Dosagem de Células CD34+	Até 02 unidades
Conjunto <i>Trima Accel e/ ou conjunto WBC Cobe Spectra</i> - Coleta de células Tronco	Até 02 unidades

Raio x	Incluso
Honorário Médicos Equipe TMO Hematologia – Mobilização e Coleta (pediátrico) – apenas durante o período de realização da mobilização e coleta	Incluso

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);
 Atendimentos de Pronto Socorro;
 Este pacote não inclui a 3ª fase (infusão);
 Acompanhamento e procedimentos pós-alta (equipe médica);
 Consultas pré e pós mobilização e coleta;
 Reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão;
 Ciclos de tratamento clínico/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante;
 Procedimentos relacionados à infusão da medula óssea;
 Outros procedimentos não previstos.

INTERNAÇÃO/ ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS:

Internação por período superior a Meia Diária em Apartamento (Day Clinic);
 Tempo de permanência superior ao descrito na inclusão e internações em UTI e semi-intensiva (e honorários);
 Tempo de permanência além do previsto na inclusão;
 Atendimentos ambulatoriais superior a **07 atendimentos**.

BANCO DE SANGUE:

Hemocomponentes além do descrito na inclusão (havendo necessidade de utilização, serão cobrados "fora do pacote" através da tabela atualmente contratada);
 Taxa de Irradiação de hemocomponentes;

Exames Complementares de Banco de Sangue (Fenotipagem Rh/ sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos).

SADT:

SDAT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões, exame de reestadiamento da doença de base tais como tomografias, biópsia de medula óssea, ressonância nuclear magnética ou PET-CT;
 Laserterapia para Mucosite;
 Anátomo patológico;
 Sessões de diálise;
 Fisioterapia durante período de 24 horas (manhã, tarde e noite);
 Radioterapia.

MATERIAIS:

OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão.

MEDICAMENTOS:

Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome, Cancidas, Vfend, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid, Tygacil, Zyvox, meropenem, imipenem, piperaciclina/ tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor/ Mozobil, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara, Daunoxome), Thimoglobulina, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera/ demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax/ Daclisumab) e medicamentos importados;

Em caso de falha de mobilização com fator de crescimento (Granulokine), a utilização de plerixafor (Mozobil) está excluída e será cobrada "fora do pacote";

Quimioterapia (exceto o descrito na inclusão);

Vacinas e Medicamentos específicos para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

INTERCORRÊNCIAS:

Intercorrências relacionadas a mobilização e/ ou coleta.

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes Pediátricos que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes adultos);

Em caso de intercorrências, o conceito "Pacote" deixará de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes;

Em todas as situações e se houver prolongamento de mobilização ou mudança no esquema de medicação (plerixafor/ Mozobil) será cobrado "fora do pacote" pela tabela acordada com a operadora.

O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).

Caso o paciente faleça ou se houver interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora.

O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - AUTÓLOGO

Descrição	Valor
Paciente Adulto – Fase de Infusão	R\$106.000,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias em Apartamento ○ Aplicação de Células Tronco ○ Taxas de equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem, procedimento para colocação, remoção ou reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na exclusão ○ Materiais inerentes ao procedimento ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos) ○ Medicamentos específicos: Granulokine® • IMPORTANTE: O pacote contempla apenas um dos esquemas de condicionamento abaixo que será definido pelo médico assistente responsável: <ul style="list-style-type: none"> ○ A – Grupo Mieloma: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A1 – Esquema Melfalano (Alkeran®) ○ B – Grupo Linfomas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ B1 – Esquema BEAM: Melfalano (Alkeran®), Carmustina (Becenun®), Citarabina (Aracytin®), Etoposide (Eunades®) ▪ B2 - Esquema CVB: Carmustina (Becenun®), Ciclofosfamida (Genuxal®), Mitexan (Mesna®), Etoposide (Eunades®) ▪ B3 – Esquema FLU-MEL: Melfalano (Alkeran®), Fludarabina (Fludalibbs®) ▪ B4 – Esquema FLU-MEL-GEN: Melfalano (Alkeran®), Fludarabina (Fludalibbs®), Gencitabina (Gemzar®) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina, incluindo cultura de sangue e urina no período internado ○ Avaliação Fisioterápica ○ Fisioterapia respiratória ○ Fisioterapia motora ○ Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipagem sanguínea ○ Concentrado de Hemácias ○ Plaquetas por Aférese ○ Taxa de irradiação de componentes hemoterápicos ○ Pesquisa NAT por unidade de hemocomponente ○ Filtro Bio-R® para deleucotização de hemáceas ○ Conjunto Trima Accel® 	<p align="center">Até 30 (trinta) diárias</p> <p align="center">Até 02 (duas) aplicações</p> <p align="center">Uso</p> <p align="center">Uso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Inclusos um dos esquemas: A1, B1, B2, B3 ou B4</p> <p align="center">Inclusos um dos esquemas: A1, B1, B2, B3 ou B4</p> <p align="center">Inclusos um dos esquemas: A1, B1, B2, B3 ou B4</p> <p align="center">Inclusos um dos esquemas: A1, B1, B2, B3 ou B4</p> <p align="center">Inclusos um dos esquemas: A1, B1, B2, B3 ou B4</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Até 01 (uma) unidade</p> <p align="center">Até 60 (sessenta) sessões</p> <p align="center">Até 60 (sessenta) sessões</p> <p align="center">Até 20 (vinte) sessões</p> <p align="center">Até 02 (duas) unidades</p> <p align="center">Até 04 (quatro) unidades</p> <p align="center">Até 06 (seis) unidades</p> <p align="center">Até 10 (dez) unidades</p> <p align="center">Até 30 (trinta) unidades</p> <p align="center">Até 08 (oito) unidades</p> <p align="center">Até 06 (seis) unidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Honorários: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas - O pacote inclui as consultas da equipe de Hematologia realizadas até 30 dias após a alta da internação do paciente referente à infusão da medula óssea. ○ Honorários médicos da equipe de TMO / Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão (até 30 diárias) 	<p align="center">Até 30 (trinta) dias pós alta</p> <p align="center">Incluso</p>

○ Honorários médicos do Infectologista durante o período de internação para infusão (até 30 diárias)	Incluso
○ Colocação, remoção ou reimplante de cateter Central: Cateter de dupla via tipo Shilley, Permcath ou similar, Cateter Hickman – Honorários e material.	Incluso
• Exclui:	
○ Internação por período superior a 30 (trinta) diárias em Apartamento;	Excluso
○ Permanência em Semi-Intensiva e internação em UTI (e honorários respectivos);	Excluso
• Procedimentos e Honorários Médicos:	
○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão)	Excluso
○ Ciclos de tratamento clínicos/poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante	Excluso
○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão)	Excluso
○ Consultas pré-transplante com a equipe de Hematologia (estão exclusas as consultas pré-mobilização, coleta e pré-internação para infusão da medula)	Excluso
○ Consultas pós-transplante superiores a 30 dias da alta para infusão da medula óssea (estão exclusas as consultas no período superior a 30 dias pós-alta da primeira internação)	Excluso
○ Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto	Excluso
○ Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades	Excluso
○ 1ª fase (mobilização) e 2ª fase (coleta)	Excluso
• Banco de sangue:	
○ Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada;	Excluso
○ Procedimentos em aférese terapêutica;	Excluso
○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão;	Excluso
○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos);	Excluso
○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco;	Excluso
○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica;	Excluso
○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas);	Excluso
○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes	Excluso
• SADT:	
○ SADT's que necessitem de autorização ou, itens não descritos nas inclusões, exames de reestadiamento da doença de base tais como Tomografias, Biópsia de Medula Óssea, Ressonância Nuclear Magnética ou PET- CT	Excluso
○ Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite	A partir da 21ª sessão
○ Sessões de diálise	Excluso
○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão)	A partir da 61ª sessão
○ Radioterapia Corporal Total (TBI)	Excluso
○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- patológicos nas amostras correspondentes	Excluso
○ Anátomo-patológico	Excluso
• Materiais:	
○ OPME (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão	Excluso
• Medicamentos:	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor / Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	Exclusivo
<ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterapia (exceto as descritas na inclusão). O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão (definição conforme prescrição médica) 	Exclusivo
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências: ○ Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas). 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Observações gerais: ○ O pacote é válido para pacientes ADULTOS que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes pediátricos) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" será mantido. Será realizada cobrança conforme pacote e, valorado a parte somente dos itens previstos, conforme não incluso 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a fase de infusão, a conta hospitalar será enviada em sistema de cobrança conta "pacote" conforme acordo pré-definido 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	Excluso

PACOTE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – AUTÓLOGO FASE MOBILIZAÇÃO + COLETA – PACIENTE ADULTO

Descrição	Valor
Paciente Adulto – Fase de Mobilização e Coleta	R\$31.800,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Esquema – Ciclofosfamida e/ou Fator de Crescimento (Granulokine®) • Inclui: ○ Day Clinic ○ Atendimentos ambulatoriais ○ Coleta de Medula Óssea ○ Taxas de equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem ○ Colocação, remoção ou reimplante de cateter central e demais inerentes ao procedimento ○ Materiais inerentes ao procedimento ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento • Medicamentos específicos: ○ Quimioterápico – CICLOFOSFAMIDA 	<p align="center">Até 01 (um) Day Clinic</p> <p align="center">Até 07 (sete) atendimentos</p> <p align="center">Até 02 (duas) coletas</p> <p align="center">Uso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Incluso</p> <p align="center">Até 07 (sete) frascos</p>

○ Quimioterápico – Granulokine®	Até 20 (vinte) frascos
• Banco de sangue:	
○ Dosagem de células CD34+	Até 03 (três) unidades
○ Conjunto Trima Accel® (ref. 80450) e/ou conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) - coleta de células-tronco	Até 02 (duas) unidades
• Honorários:	
○ Equipe TMO Hematologia – Mobilização e Coleta adulto, equipe da Cirurgia Vascular e Anestesia	Incluso
• Exclui:	
• Procedimentos e Honorários Médicos:	
○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão)	Excluso
○ Atendimentos de Pronto Socorro	Excluso
○ Este pacote não inclui a 3ª fase (infusão)	Excluso
○ Em caso de necessidade de terceira coleta por contagem insuficiente de células nas duas coletas já incluídas, o procedimento, materiais, medicamentos e honorários médicos serão cobrados "fora do pacote"	Excluso
○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta (equipe médica)	Excluso
○ Consultas pré e pós mobilização e coleta	Excluso
○ Colocação, remoção ou reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão; (INCLUIR)	Excluso
○ Ciclos de tratamento clínicos/poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante	Excluso
○ Procedimentos relacionados à infusão da medula óssea	Excluso
○ Outros procedimentos não previstos	Excluso
• Internação / Atendimentos ambulatoriais:	
○ Internação por período superior a Meia Diária em Apartamento (Day Clinic)	Excluso
○ Tempo de permanência superior ao descrito na inclusão, internações em UTI e semi-intensiva (e honorários)	Excluso
○ Tempo de permanência além do previsto na inclusão	Excluso
○ Atendimentos ambulatoriais superior a 07 atendimentos.	Superior a 07 (sete) atendimentos
• Banco de sangue:	
○ Hemocomponentes (havendo necessidade de utilização, serão cobrados "fora do pacote" através da tabela atualmente contratada)	Excluso
○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes	Excluso
○ Exames Complementares de Banco de Sangue (Fenotipagem Rh/sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos)	Excluso
• SADT:	
○ SADT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões, exame de reestadiamento da doença de base tais como tomografias, biópsia de medula óssea,	Excluso
○ Laserterapia para Mucosite	Excluso
○ Anátomo patológico	Excluso
○ Sessões de diálises	Excluso
○ Fisioterapia durante período de 24 horas (manhã, tarde e noite)	Excluso
○ Radioterapia	Excluso
• Materiais:	
○ OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) exceto quando mencionados na inclusão	Excluso
• Medicamentos:	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Internação em apartamento ou enfermaria ○ Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxas de equipamentos específicos, não inerentes ao procedimento e, não descritos na inclusão • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- procedimento (exceto quando descrito na inclusão) ○ Anátomo Patológico, Citopatológico, Imunohistoquímica e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Sessões de diálise ○ Radioterapia • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPMEs (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) não inerentes ao procedimento • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterápicos e adjuvantes ○ Medicamentos de alto custo ○ Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicações ou intercorrências 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
--	---

• **Observações Complementares:**

- Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado
- Em caso de associação de procedimento por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta
- O pacote contempla apenas serviços próprios
- Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas
- Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA – REAPLICAÇÃO (ATÉ 3 MESES)

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.25-9	Nefrolitotripsia extracorpórea – Reaplicação	R\$1.633,46
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala ambulatorial - Litotripsia Extracorpórea ○ Equipamentos (litotridor) ○ Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia 		<p>Inclui</p> <p>Inclui</p> <p>Inclui</p> <p>Inclui</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Serviços de Enfermagem ○ Honorários Médicos do médico responsável (LECO) 	<p>Inclui</p> <p>Inclui</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) ○ Consultas pré e pós-procedimento ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-procedimento ○ Códigos AMB/TUSS/CBHPM não mencionados na inclusão ○ Procedimentos Cirúrgicos de qualquer natureza (incluindo Ureterolitotripsias) ○ Outros procedimentos não previstos • Internação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação em apartamento ou enfermaria ○ Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- procedimento (exceto quando descrito na inclusão) ○ Anátomo Patológico, Citopatológico, Imunohistoquímica e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Sessões de diálise ○ Radioterapia • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPMEs – Órteses, Próteses e Materiais Especiais não inerentes ao procedimento • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterápicos e adjuvantes ○ Medicamentos de alto custo ○ Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicações ou Intercorrências 	<p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p> <p>Exclui</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Complementares: <ul style="list-style-type: none"> ○ O retorno é válido para retratamento do mesmo cálculo em sua posição ○ Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes ○ Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado ○ Em caso de associação de procedimento por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta ○ O pacote contempla apenas serviços próprios ○ Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora ○ O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição 		
PACOTE DE TRANSPANTE RENAL – RECEPTOR ADULTO – DOADOR VIVO		
Código	Descrição	Valor

3.15.06.01-1	Transplante renal	R\$72.981,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias em apartamento ○ Diárias em UTI ○ Diária em isolamento ○ Taxa de sala cirúrgica ○ Sessão de Hemodiálise ○ Taxas de equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem ○ Materiais inerentes ao procedimento ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos) • Medicamentos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Micofenolato (conforme prescrição médica) ○ Timoglobulina (conforme prescrição médica) ○ Tacrolimus (conforme prescrição médica) • SADT (inclui relação descrita abaixo durante o período de internação): <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma ○ Sódio ○ Potássio ○ Uréia ○ Creatinina ○ Dosagem de Tacrolimus (01 a cada 03 dias) ○ Ácido Láctico ○ Cloro ○ Desidrogenase Láctica ○ Fósforo ○ Gasometria ○ Hematócrito ○ Hemoglobina ○ Magnésio ○ Proteína C Reativa ○ Urina I ○ Eletrocardiograma – ECG ○ Raios-X de Tórax ○ USG com Doppler Renal ○ Avaliação Fisioterápica ○ Fisioterapia Respiratória ○ Fisioterapia Motora • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipagem sanguínea • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dreno de Blake ○ Reservatório • Honorários: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos da equipe de nefrologia clínica (durante o período de internação para o transplante) ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica (transplante renal) ○ Honorários médicos da equipe de anestesia (transplante renal) • Exclui: 	<p>Até 08 (oito) diárias</p> <p>Até 02 (duas) diárias</p> <p>Até 01 (uma) diária</p> <p>Até 06 (seis) horas</p> <p>Até 02 (duas) Sessões</p> <p>Uso</p> <p>Uso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso até 09 (nove) dias</p> <p>Incluso até 03 (três) dias</p> <p>Incluso até 09 (nove) dias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 03 unidades</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 20 (vinte) unidades</p> <p>Até 20 (vinte) unidades</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Incluso (durante o período de internação de 09 dias)</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas pré e pós-transplante 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos com códigos CBHPM não mencionados na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Outros procedimentos não previstos 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Internação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a 08 (oito) diárias em Apartamento 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a 02 (duas) diárias em UTI 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a 01 (uma) diária em isolamento 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Internação em Semi-Intensiva 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes não descritos na inclusão. Havendo necessidade de utilização, serão cobrados através da tabela atualmente contratada 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos em aférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sessões de diálise acima da quantidade descrita na inclusão (inclui até 02 sessões de hemodiálise) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sessões de diálise pós-transplante serão cobradas à parte (hemodiálise ou diálise peritoneal) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo-patológicos nas amostras correspondentes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cateter Duplo J e demais OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão. 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina/tazobactam), antivirais (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera®/demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax®/Daclisumab) e medicamentos importados; 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Thimoglobulina®/ imunossupressores (acima do descrito na inclusão) 	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrência sem rejeição: <ul style="list-style-type: none"> o Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas, clínicas e rejeição) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Caso ocorra suspeita de rejeição aguda para diagnóstico (Biópsia Renal Guiada sob anestesia geral no Centro Cirúrgico com microscopia óptica imunofluorescência e pesquisa de C4D) será cobrado à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Nos casos confirmados de rejeição aguda celular será cobrado à parte a mudança no esquema de imunossupressão (Solumedrol e Timoglobulina) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Nos casos confirmados de rejeição aguda humoral (C4D na biópsia) com indicação de Plasmaferese e ampliação do esquema de imunossupressão (Solumedrol e Rituximab) será cobrado à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Pacientes portadores de Glomérulo Esclerose segmentar e focal com recidiva precoce pós transplante, será necessário mudança do esquema de imunossupressão e plasmaferese, o qual será cobrado à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibióticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso

- **Observações gerais:**
 - o Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes
 - o Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias incluídas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora
 - o O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (somente os descritos na inclusão)
 - o Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora
 - o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas
- o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE NEFRECTOMIA CONVENCIONAL EM DOADOR VIVO

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.19-4	Nefrectomia unilateral em doador vivo	R\$23.585,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diária em apartamento o Taxa de sala cirúrgica o Taxas de equipamentos no centro cirúrgico o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia no Centro Cirúrgico o Serviços de Enfermagem 	<p>Até 04 (quatro) diárias</p> <p>Até 04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Tipagem sanguínea o Avaliação Fisioterapia o Fisioterapia Respiratória o Fisioterapia Motora o Avaliação fonoaudiologia 	<p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>Até 12 (doze) sessões</p> <p>Até 12 (doze) sessões</p> <p>01 (uma) avaliação</p>
<ul style="list-style-type: none"> • OPMEs: <ul style="list-style-type: none"> o Clip de Polímero 	<p>Até 02 (duas) unidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Equipe cirúrgica (principal e auxiliares) o Anestesiista (principal e auxiliares) 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: • Honorários e Procedimentos Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) ○ Consultas pré e pós-operatória ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-cirúrgico ○ Códigos CBHPM não mencionados na inclusão ○ Outros procedimentos não previstos • Internação: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação em apartamento por período superior a 04 Diárias em apartamento/enfermaria ○ Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) ○ Tempo de sala cirúrgica superior a 04 horas • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão ○ Taxa e/ou materiais de videocirurgia, neuronavegador, potencial evocado, aspirador ultrassônico • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão) ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Sessões de diálise ○ Radioterapia • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais), não inerentes ao procedimento e, não mencionados na inclusão • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterápicos e adjuvantes ○ Medicamentos de alto custo ○ Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial. • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicações, intercorrências e reoperações 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>A partir da 5ª (quinta) diária</p> <p>Excluso</p> <p>A partir da 5ª (quinta) hora 30% sobre o porte de sala conforme tabela acordada</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Complementares: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes ○ Em todas as situações, desde que não tenha havido intercorrência, se houver prolongamento de internação além do número de diárias incluídas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes ○ Foi estabelecido um tempo padrão de utilização de sala cirúrgica específica para cada procedimento. Nos casos em que houver necessidade de tempo de sala cirúrgica adicional, será cobrado um excedente de 30% sobre o valor relacionado ao porte de sala cirúrgica pequena, média ou grande conforme tabela acordada ○ Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado ○ Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta ○ O pacote contempla apenas serviços próprios 	

- o Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora
- o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas.
- o Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTE NEFRECTOMIA POR VÍDEO EM DOADOR VIVO

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.58-5	Nefrectomia unilateral por videolaparoscopia em doador vivo	R\$35.828,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diária em apartamento o Taxa de sala cirúrgica o Taxas de equipamentos no centro cirúrgico o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia no Centro Cirúrgico o Serviços de Enfermagem • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Tipagem sanguínea o Avaliação Fisioterapia o Fisioterapia Respiratória o Fisioterapia Motora o Avaliação fonoaudiologia • OPMEs: <ul style="list-style-type: none"> o Agulha de veress o Trocater 12mm o Gelport o Clips Polímero Hemolok (cargas) o Liga clip LT200 o Liga clip LT300 o Tesoura Ultrassônica • Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Equipe cirúrgica (principal e auxiliares) o Anestesista (principal e auxiliares) • Exclui: • Honorários e Procedimentos Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) o Consultas pré e pós-operatória o Acompanhamento e procedimentos pós-alta o atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-cirúrgico o Códigos CBHPM não mencionados na inclusão o Outros procedimentos não previstos • Internação: <ul style="list-style-type: none"> o Internação em apartamento por período superior a 04 Diárias em apartamento/enfermaria o Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) o Tempo de sala cirúrgica superior a 05 horas. • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> o Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão o Taxa e/ou materiais de videocirurgia, neuronavegador, potencial evocado, aspirador ultrassônico • Banco de sangue: 	<p>Até 04 (quatro) diárias</p> <p>Até 05 (cinco) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma)</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>Até 12 (doze) sessões</p> <p>Até 12 (doze) sessões</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 03 (três) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>A partir da 5ª (quinta) diária</p> <p>Excluso</p> <p>A partir da 6ª (sexta) hora</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Sessões de diálise ○ Radioterapia. 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão. 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterápicos e adjuvantes ○ Medicamentos de alto custo ○ Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicações, intercorrências e reoperações 	Excluso

• **Observações Complementares:**

○ Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes

○ Em todas as situações, desde que não tenha havido intercorrência, se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes

○ Foi estabelecido um tempo padrão de utilização de sala cirúrgica específica para cada procedimento. Nos casos em que houver necessidade de tempo de sala cirúrgica adicional, será cobrado um excedente de 30% sobre o valor relacionado ao porte de sala cirúrgica pequena, média ou grande conforme tabela acordada

○ Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado

○ Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta

○ O pacote contempla apenas serviços próprios

○ Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora

○ O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas

○ Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE TRANSPLANTE RENAL - RECEPTOR ADULTO – DOADOR FALECIDO

Código	Procedimento	Valor
3.15.06.01-1	Transplante renal – Receptor adulto – Doador falecido	R\$93.386,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias em Apartamento ○ Diárias em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica ○ Sessão de Hemodiálise ○ Taxas de equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem ○ Materiais inerentes ao procedimento 	<p>Até 17 (dezesete) diárias</p> <p>Até 02 (duas) diárias</p> <p>Até 06 (seis) horas</p> <p>Até 05 (cinco) sessões</p> <p>Uso</p> <p>Uso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos) 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Micofenolato (conforme prescrição médica) ○ Timoglobulina (conforme prescrição médica) ○ Tacrolimus (conforme prescrição médica) 	<p>Até 19 (dezenove) dias</p> <p>Até 04 (quarto) dias</p> <p>Até 19 (dezenove) dias</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SADTs (durante o período de internação): <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemograma ○ Sódio ○ Potássio ○ Uréia ○ Creatinina ○ Dosagem de Tacrolimus (01 a cada 03 dias) ○ Ácido Láctico ○ Cloro ○ Desidrogenase Láctica ○ Fósforo ○ Gasometria ○ Glicose ○ Hematócrito ○ Hemoglobina ○ Magnésio ○ Proteína C reativa ○ Urina I ○ Eletrocardiograma ○ RX de Tórax ○ USG com Doppler Renal ○ Avaliação Fisioterápica ○ Fisioterapia respiratória ○ Fisioterapia motora 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 06 (seis) unidades</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 03 (três) unidades</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 50 (cinquenta) unidades</p> <p>Até 50 (cinquenta) unidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipagem sanguínea ○ Concentrado de Hemácias 	<p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 03 (três) unidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • OPMEs: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dreno de Blake com reservatório ○ Cateter Duplo J 	<p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos da equipe de nefrologia clínica (durante o período de internação para o transplante) ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica (transplante renal) – Cirurgião Principal, Auxiliares e Instrumentador ○ Honorários médicos da equipe de anestesia (transplante renal) – Anestesiologista Principal e Auxiliar 	<p>Incluso (durante o período de internação até 19 (dezenove) dias)</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: 	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta ○ Consultas pré e pós-transplante ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades ○ Códigos CBHPM não mencionados na inclusão ○ Outros procedimentos não previstos. 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Internação: 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a 17 Diárias em Apartamento ○ Internação por período superior a 02 Diárias em UTI ○ Permanência em Semi-Intensiva (e honorários respectivos) 	Excluído a partir da 18ª (décima oitava) diária
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada 	Excluído a partir da 3ª (terceira) diária
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos em aférese terapêutica 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes. 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sessões de diálise acima da quantidade descrita na inclusão (inclui até 05 sessões de hemodiálise) 	Excluído a partir da 6ª (sexta) sessão
<ul style="list-style-type: none"> ○ Sessões de diálise pós-transplante serão cobradas à parte (hemodiálise ou diálise peritoneal) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- patológicos nas amostras correspondentes 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPME's (órteses, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina/tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados; serão cobrados conforme acordo contratual 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Thimoglobulina® / imunossuppressores (acima do descrito na inclusão) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências / Rejeição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas, clínicas e rejeição) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Caso ocorra suspeita de rejeição aguda para diagnóstico (Biópsia Renal Guiada sob anestesia geral no Centro Cirúrgico com microscopia óptica imunofluorescência e pesquisa de C4D) será cobrado à parte 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nos casos confirmados de rejeição aguda celular será cobrado à parte a mudança no esquema de imunossupressão (Solumedrol e Timoglobulina) 	Excluído
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nos casos confirmados de rejeição aguda humoral (C4D na biópsia) com indicação de Plasmaferese e ampliação do esquema de imunossupressão (Solumedrol e Rituximab) será cobrado à parte 	Excluído

<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes portadores de Glomérulo Esclerose segmentar e focal com recidiva precoce pós transplante, será necessário mudança do esquema de imunossupressão e plasmaferese, o qual será cobrado à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibioticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso

• **Observações Gerais:**

- Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora
- O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão)
- Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada E sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE TRANSPLANTE HEPÁTICO – DOADOR FALECIDO

Pacote 01 – Classificação Meld igual ou menor que 28

Código	Procedimento	Valor
3.15.05.02-3	Transplante Hepático – Doador falecido	R\$243.800,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ○ Diárias em Apartamento ○ Sala Cirúrgica ○ Taxas de equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem ○ Serviço de nutrição ○ Materiais inerentes ao procedimento ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos) <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Albumina Humana 20% 50 ml Injetável ○ Plasma Lyte 500 ml ○ Simulect ○ Haemocompletan (Fibrinogênio) • SADT / Terapias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação Fisioterapia ○ Fisioterapia Motora ○ Fisioterapia Respiratória ○ Exercício RPPI por sessão ○ Assistência fisioterapia em paciente com ventilação mecânica ○ Biofeedback ○ Hemodiálise (sistema prisma) • Exames de imagem: <ul style="list-style-type: none"> ○ TC de tórax ○ Eletrocardiograma ○ Ecobidimensional ○ Usg de Abdomen total com Doppler ○ RX de tórax ○ Anatomia patológica • Exames laboratoriais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cálcio Ionizável ○ Cloro 	<p>Até 07 (sete) diárias</p> <p>Até 10 (dez) diárias</p> <p>Até 10 (dez) horas</p> <p>Uso</p> <p>Uso</p> <p>Incluso</p> <p>Dieta comum e enteral</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 34 (trinta e quatro) unidades</p> <p>Até 15 (quinze) unidades</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 50 (cinquenta) sessões</p> <p>Até 50 (cinquenta) sessões</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 10 (dez) sessões</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 07 (sete) dias em UTI</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Até 01 (uma) unidade</p> <p>Até 03 (três) unidades</p> <p>Até 10 (dez) unidades</p> <p>Até 03 (três) unidades</p> <p>Até 17 (dezesete) unidades</p> <p>Até 17 (dezesete) unidades</p>

o Creatinina	Até 17 (dezesete) unidades
o Gasometria (arterial e venosa)	Até 17 (dezesete) unidades
o Glicemia	Até 17 (dezesete) unidades
o Hemograma	Até 17 (dezesete) unidades
o Coagulograma simplificado	Até 17 (dezesete) unidades
o Bilirrubinas Total e Frações	Até 17 (dezesete) unidades
o Amilase	Até 17 (dezesete) unidades
o Prografs	Até 17 (dezesete) unidades
o Dosagem de Albumina	Até 17 (dezesete) unidades
o Fibrinogênio	Até 17 (dezesete) unidades
o Uréia	Até 17 (dezesete) unidades
o Tipagem Fosfatase Alcalina	Até 17 (dezesete) unidades
o Hemoglobina	Até 17 (dezesete) unidades
o Hematócrito	Até 17 (dezesete) unidades
o Lactatos	Até 17 (dezesete) unidades
o Magnésios	Até 17 (dezesete) unidades
o Potássio	Até 17 (dezesete) unidades
o Plaquetas	Até 17 (dezesete) unidades
o Sódio	Até 17 (dezesete) unidades
o Tempo de Protrombina	Até 17 (dezesete) unidades
o Tempo de Protrombina Ativada	Até 17 (dezesete) unidades
o Urina Tipo I	Até 17 (dezesete) unidades
o TGO / TGP	Até 17 (dezesete) unidades
o Proteína C Reativa	Até 17 (dezesete) unidades
o Gamat GT	Até 17 (dezesete) unidades
o Hemoculturas	Até 08 (oito) unidades
• Banco de sangue:	
o Tipagem sanguínea	Até 02 (duas) unidades
o Unidade de concentrado de hemácias	Até 06 (seis) unidades
o Unidade de plasma fresco congelado	Até 04 (quatro) unidades
o Unidade de Crioprecipitado	Até 02 (duas) unidades
o Unidade de Plaquetas	Até 10 (dez) unidades
o Cell saver	Incluso
• OPME:	
o Grampeador Echelon 60mm	Até 01 (uma) unidade
o Cargas brancas para grampeador Echelon	Até 02 (duas) unidades
o Dreno de Blake + reservatório	Até 01 (uma) unidade
• Honorários médicos:	
o Equipe cirúrgica (Cirurgião Principal, Auxiliares, Instrumentador, Anestesiologista Principal e Auxiliares)	Incluso
o Consulta pós alta	Incluso 01 (uma) consulta
o Equipe UTI (Plantonista e Diarista)	Até 07 (sete) diárias
• Exclui:	
• Procedimentos e Honorários Médicos:	
o Honorários Médicos de qualquer natureza (exceto os descritos na inclusão)	Excluso
o Acompanhamento e procedimentos pós-alta	Excluso
o Consultas pré e pós-transplante (exceto a descrita na inclusão)	Excluso
o Procedimentos não mencionados na inclusão	Excluso
o Novo procedimento para Transplante (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto (assim como recursos utilizados)	Excluso
o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós transplante e de outras especialidades	Excluso
• Internação / Taxas:	
o Internação por período superior a 10 (dez) Diárias em Apartamento	Excluso
o Internação por período superior a 07 (sete) Diárias em UTI	Excluso
o Permanência em Semi-Intensiva (e honorários respectivos)	Excluso
o Taxa de sala cirúrgica superior a 10 horas	Excluso - pago conforme contrato

<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada ○ Procedimentos em aférese terapêutica ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão ○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ SADT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões (e/ou acima da quantidade mencionada) ○ Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite ○ Sessões de diálise peritoneal, hemodiálise ou prisma (exceto a quantidade descrita na inclusão) ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) ○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- ○ Anátomo-patológico acima do descrito na inclusão, congelação, Imunoperoxidase e Imunohistoquímica • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor / Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Imunoglobulina como Hbig (Hepatec), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab), solução de Belzer e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela acordada ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado ○ Quimioterapia • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição Parenteral ou Especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas). 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Gerais: <ul style="list-style-type: none"> ○ O pacote terá início a partir do momento da internação para Transplante hepático e não contempla atendimentos, consultas, procedimentos, recursos, honorários e internações prévias ○ O pacote é válido para pacientes com classificação igual ou menor a 28 pelo Score Meld, sem histórico de cirurgia prévia e que não apresente trombose de veia porta. Procedimentos indicados a pacientes com classificação Meld de 29 a 35, serão enquadrados no pacote 2, com composição específica para esta classificação ○ O pacote exclui pacientes com histórico de cirurgia prévia e/ou com diagnóstico de trombose de veia porta. Nestes casos, a conta será tratada de forma "aberta" ○ O pacote compreende o transplante de fígado de doador falecido para um único receptor (transplante ortotópico ou transplante de um fígado de um doador falecido) ○ Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes ○ Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora ○ O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão) 	

- o Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada E sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora
- o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas
- o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE ENDOSCOPIA

Código	Procedimento	Valor
4.02.01.05-8	Broncoscopia sem biópsia	R\$1.373,23

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista

Código	Procedimento	Valor
4.02.01.03-1	Broncoscopia com biópsia	R\$1.585,23

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista
- o 01 Pinça de Biópsia Pulmonar

Código	Procedimento	Valor
4.02.01.08-2	Colonoscopia (inclui a Retossigmoidoscopia)	R\$1.007,00

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso até 06 horas
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.66-6	Colonoscopia com Biópsia	R\$1.319,70

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
 - o Taxa de repouso até 06 horas
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento

o Honorários médicos do endoscopista

o 01 Pinça de Biópsia sem agulha

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.54-2	Colonoscopia com Polipectomia (independe do número de pólipos)	R\$1.436,30

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso até 06 horas
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviço de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista
- o 01 Pinça de Biópsia sem agulha

Código	Procedimento	Valor
4.02.01.12-0	Endoscopia Digestiva Alta sem Biópsia	R\$911,60

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso até 01 hora
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviço de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.03-8	Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia e/ou Citologia	R\$1.144,80

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso até 01 hora
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviço de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista
- o 01 Pinça de Biópsia sem agulha

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.55-0	Endoscopia Digestiva Alta com Polipectomia	R\$1.437,36

OBSERVAÇÕES

Descrição

- o Taxa de sala de procedimento até 01 hora
- o Taxa de repouso até 01 hora
- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviço de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista
- o 01 Pinça de Biópsia sem agulha

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.61-5	Endoscopia Digestiva Alta com Teste de Urease	R\$1.144,80
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora ○ Taxa de repouso até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviço de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos do endoscopista ○ 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		
Código	Procedimento	Valor
4.02.02.68-2	Retossigmoidoscopia com Biópsia (flexível ou rígida)	R\$1.436,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora ○ Taxa de repouso até 03 horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviço de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos do endoscopista ○ 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		
PACOTE NEUROCIRURGIA		
Código	Procedimento	Valor
3.07.15.09-1	Descompressão Cervical – 01 ou 02 níveis	R\$26.476,79
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória 		
Código	Procedimento	Valor

3.07.15.09-1	Descompressão Dorsal – 01 ou 02 níveis	R\$26.459,51
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória 		
Código	Procedimento	Valor
3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 01 nível	R\$41.752,66
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ OPÇÃO A <ul style="list-style-type: none"> • 01 (um) Cage Cervical em PEEK • 01 (um) Enxerto em pasta (01 ml) • 01 (uma) Placa cervical anterior • 04 (quatro) Parafusos para placa • 01 (uma) Broca diamantada ▪ OPÇÃO B <ul style="list-style-type: none"> • 04 (quatro) Parafusos de massa lateral • 04 (quatro) Bloqueadores • 02 (duas) Hastes ou placas • 01 (um) Enxerto sintético granulado (05 gramas) • 01 (uma) Broca Diamantada 		
Código	Procedimento	Valor

3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 02 níveis	R\$48.421,33
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ OPÇÃO A <ul style="list-style-type: none"> • 02 (dois) Cages Cervical em PEEK • 02 (dois) Enxertos em pasta (02 ml) • 01 (uma) Placa cervical anterior • 06 (seis) Parafusos para placa • 01 (uma) Broca diamantada ▪ OPÇÃO B <ul style="list-style-type: none"> • 06 (seis) Parafusos de massa lateral • 06 (seis) Bloqueadores • 02 (duas) Hastes ou placas • 01 (um) Enxerto sintético granulado (05 gramas) • 01 (uma) Broca diamantada 		
Código	Procedimento	Valor
3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 03 níveis	R\$77.175,84
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 05 (cinco) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia Motora ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia Respiratória ○ OPME: 		

- OPÇÃO A
 - 03 (três) Cages Cervical em PEEK
 - 03 (três) Enxertos em pasta (03 ml)
 - 01 (uma) Placa cervical anterior
 - 08 (oito) Parafusos para placa
 - 01 (uma) Broca diamantada
- OPÇÃO B
 - 08 (oito) Parafusos de massa lateral
 - 08 (oito) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes ou placas
 - 02 (dois) Enxertos sintéticos granulados (10 gramas)
- 01 (uma) Broca diamantada

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.02-4	Artrodese + Descompressão Dorsal ou Lombar – 01 nível	R\$49.301,87

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - Até 02 (duas) diárias em apartamento
 - Até 01 (uma) diária em UTI
 - Taxa de sala até 03 (três) horas
 - Equipamentos inerentes ao procedimento
 - Gasoterapia
 - Serviços de enfermagem
 - Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
 - Radioscopia para acompanhamento do procedimento
 - Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito)
 - 01 (uma) Tipagem sanguínea
 - 01 (uma) Avaliação Fisioterapia
 - 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora
 - 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória
 - **OPME:**
 - OPÇÃO A
 - 04 (quatro) Parafusos pediculares
 - 04 (quatro) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes
 - 01 (um) Enxerto sintético granulado (05 gramas)
 - 01 (um) Cage TLIF (sem broca)
 - 01 (uma) Broca diamantada

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.02-4	Artrodese + Descompressão Dorsal ou Lombar – 02 níveis	R\$61.210,34

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - Até 03 (três) diárias em apartamento
 - Até 01 (uma) diária em UTI
 - Taxa de sala até 04 (quatro) horas

- Equipamentos inerentes ao procedimento
- Gasoterapia
- Serviços de enfermagem
- Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
- Radioscopia para acompanhamento do procedimento
- Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito)
 - 01 (uma) Tipagem sanguínea
 - 01 (uma) Avaliação Fisioterapia
 - 09 (nove) sessões de Fisioterapia Motora
 - 09 (nove) sessões de Fisioterapia Respiratória
 - **OPME:**
 - **OPÇÃO A**
 - 06 (seis) Parafusos pediculares
 - 06 (seis) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes
 - 02 (dois) Enxertos sintéticos granulados (10 gramas)
 - 02 (dois) Cages TLIF (sem broca)
 - 01 (uma) Broca diamantada

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.02-4	Artrodese + Descompressão Dorsal ou Lombar – 03 níveis	R\$75.672,66

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - Até 03 (três) diárias em apartamento
 - Até 01 (uma) diária em UTI
 - Taxa de sala até 05 (cinco) horas
 - Equipamentos inerentes ao procedimento
 - Gasoterapia
 - Serviços de enfermagem
 - Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
 - Radioscopia para acompanhamento do procedimento
 - Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito)
 - 01 (uma) Tipagem sanguínea
 - 01 (uma) Avaliação Fisioterapia
 - 09 (nove) sessões de Fisioterapia Motora
 - 09 (nove) sessões de Fisioterapia Respiratória
 - **OPME:**
 - **OPÇÃO A**
 - 08 (oito) Parafusos pediculares
 - 08 (oito) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes
 - 02 (dois) Enxertos sintéticos granulados (10 gramas)
 - 03 (três) Cages TLIF (sem broca)
 - 01 (uma) Broca diamantada

Código	Procedimento	Valor
3.14.03.03-4	Denervação por Radiofrequência – Síndrome Facetária Cervical ou Lombar – 01 nível	R\$26.267,65
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) diária em Day Clinic (apartamento) ○ Taxa de sala até 01 (uma) hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 04 (quatro) Agulhas para radiofrequência com placa de gerador 		
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) diária em Day Clinic (apartamento) ○ Taxa de sala até 01 (uma) hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 06 (seis) Agulhas para radiofrequência com placa de gerador 		
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) diária em Apartamento ○ Taxa de sala até 01 (uma) hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Kit de Endoscopia: <ul style="list-style-type: none"> • 01 (um) Kit de irrigação (equipo) • 01 (uma) Fresa 		

- 01 (uma) Ponteria de Radiofrequência

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.16-4	Tratamento cirúrgico de Fratura da Coluna por Compressão Osteoporóticas ou Tumoriais – 01 nível	R\$47.359,63

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - Até 01 (uma) diária em Apartamento
 - Taxa de sala até 02 (duas) horas
 - Equipamentos inerentes ao procedimento
 - Gasoterapia
 - Serviços de enfermagem
 - Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
 - Radioscopia para acompanhamento do procedimento
 - **OPME:**
 - 01 (um) Kit para Cifoplastia (com duplo balão):
 - 01 (um) Cimento de Cifoplastia
 - 01 (um) Misturador de Cimento
 - 01 (uma) Cureta para Cifoplastia
 - 01 (uma) Agulha para Biópsia

PACOTES CIRURGIAS CARDÍACAS

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.02-2	Canal Arterial Persistente Neonatal - Pediátrico	R\$28.143,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 02 (duas) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) durante todo o período de internação incluso no pacote ○ Até 01 (um) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 02 (duas) diárias 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) avaliação

<ul style="list-style-type: none"> ○ Até 12 (doze) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 12 (doze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 03 (três) sessões de Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica 	<p>12 (doze) sessões</p> <p>12 (doze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>Incluso</p> <p>02 (duas) unidades</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.03-0	Coarctação da Aorta com ou sem Canal Arterial Persistente sem CEC / sem PTFE Neonatal ou Pediátrico	R\$47.647,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 02 (duas) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia. • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório ○ 01 (um) Pericárdio bovino • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) ○ Até 03 (três) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>03 (três) diárias</p> <p>02 (duas) diárias</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.03-0	Coarctação da Aorta com ou sem Canal Arterial Persistente sem CEC / com PTFE Neonatal ou Pediátrico	R\$47.647,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 02 (duas) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos 	<p>03 (três) diárias</p> <p>02 (duas) diárias</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) ○ Até 03 (três) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p>
--	--

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Correção Cirúrgica da Comunicação Interatrial com CEC / sem PTFE Pediátrico	R\$57.717,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 02 (duas) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia. • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório ○ 01 (um) Pericárdio Bovino ○ Kit CEC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Oxigenador de Membrana Neonatal com tubos ▪ 01 (um) Conjunto de tubos para circulação extracorpórea ▪ 01 (um) Kit cânula para CEC Infantil ▪ 01 (uma) Bomba centrífuga revolution descartável ▪ 01 (um) Hemoconcentrador infantil ▪ 01 (um) Sistema de Cardioplegia Cristalóide e Filtro • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) ○ Até 03 (três) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: 	<p>03 (três) diárias</p> <p>02 (duas) diárias</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>01 (uma) unidade 02 (duas) unidades</p>
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.06-5	Correção Cirúrgica da Comunicação Interventricular com CEC / sem PTFE Pediátrico	R\$75.207,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 03 (três) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 05 (cinco) horas ○ Equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia. • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório ○ 01 (um) Pericárdio Bovino ou Prótese PTFE ○ Kit CEC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Oxigenador de Membrana Neonatal com tubos ▪ 01 (um) Conjunto de tubos para circulação extracorpórea ▪ 01 (um) Kit cânula para CEC Infantil ▪ 01 (uma) Bomba centrífuga revolution descartável ▪ 01 (um) Hemoconcentrador infantil ▪ 01 (um) Sistema de Cardioplegia Cristalóide e Filtro • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) ○ Até 03 (três) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia ○ Até 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 06 (seis) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>03 (três) diárias 03 (três) diárias 05 (cinco) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso</p> <p>01 (uma) unidade 01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade</p> <p>Incluso 03 (três) unidades 05 (cinco) unidades 03 (três) unidades 01 (uma) unidade 18 (dezoito) sessões 18 (dezoito) sessões 06 (seis) sessões</p> <p>01 (uma) unidade 02 (duas) unidades</p>	
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.06-5	Correção Cirúrgica da Comunicação Interventricular com CEC / sem PTFE Pediátrico	R\$67.787,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 03 (três) diárias em UTI ○ Taxa de sala até 05 (cinco) horas 	<p>03 (três) diárias 03 (três) diárias 05 (cinco) horas</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos em aférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Exames complementares (Fenotipagem Rh/outros sistemas, Painel de Hemácias, Painel Enzimático, Painel a Frio, Eluato, Titulação de Anticorpos) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) ○ Sessões de diálise e hemodiálise ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) ○ Fonoaudiologia ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) ○ Anátomo Patológico, Citopatológico e Exames de Congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enxertos, tubos, suturas mecânicas e demais OPMEs (órgãos, próteses e materiais especiais), não descritos na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela acordada com a operadora ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado ○ Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Refeição para acompanhantes ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências / Rejeição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Complicações, intercorrências e reoperações 	Excluso

OBSERVAÇÕES GERAIS – PACOTE CIRURGIA CARDÍACA

- Os pacotes serão válidos apenas para pacientes pediátricos ou neonatal
- Os pacotes serão válidos somente para pacientes de baixo risco ELETIVOS
- Os pacotes serão válidos somente para pacientes eletivos, casos simples e não inclui pacientes com infecções prévias, pacientes sindrômicos, pacientes transferidos de outras instituições, pacientes com desnutrição e/ou pacientes com outras patologias de base
- Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado
- Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta
- Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora
- O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão)
- Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.
- Em caso de utilização de novas tecnologias comunicar com antecedência a utilização da mesma no procedimento.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Cateter Guia ○ 01 (uma) Corda Guia 0,14 ○ 01 (uma) Corda Guia 0,35 ○ 01 (um) Cateter Balão ○ 01 (um) Introduutor ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Kit Manifold ○ 01 (um) Stent Farmacológico 	Incluso
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
	01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 	

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Implante de Dispositivo Coronário Bioabsorvível BVS	R\$20.401,82

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diária em apartamento ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Cateter Guia ○ 01 (uma) Corda Guia 0,14 ○ 01 (uma) Corda Guia 0,35 ○ 01 (um) Cateter Balão ○ 01 (um) Introduutor ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Kit Manifold ○ 01 (um) Dispositivo Coronário Bioabsorvível – BVS 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 	

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana comUSIC (Ultrassom untracoronário)	R\$15.727,11
3.09.11.14-1	Com 01 Stent Convencional	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diária em apartamento ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso

<ul style="list-style-type: none"> o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Serviços de enfermagem 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Eletrocardiograma 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introduutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Cateter de Ultrassom (USG) o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Convencional 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

o **Obs:** No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana comUSIC (Ultrassom intracoronário)	R\$19.862,49
3.09.11.14-1	Com 01 Stent Farmacológico	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introduutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Cateter de Ultrassom (USG) o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Convencional 	01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

o **Obs:** No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana Com Rotablator	R\$25.573,14

3.09.12.27-0

Com 01 Stent Convencional

R\$29.667,92

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diária em apartamento ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Cateter Guia ○ 01 (uma) Corda Guia 0,14 ○ 01 (uma) Corda Guia 0,35 ○ 01 (um) Cateter Balão ○ 01 (um) Introduutor ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Kit Manifold ○ 01 (um) Kit Rotablator: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Cateter de Aterectomia ▪ 01 (um) Avançador Advanced ▪ 01 (um) Fio guia para aterectomia ○ 01 (um) Treno de retração ○ 01 (um) Stent Convencional 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> ○ Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 	

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana Com Rotablator	R\$29.667,92
3.09.11.14-1	Com 01 Stent Farmacológico	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diária em apartamento ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Cateter Guia ○ 01 (uma) Corda Guia 0,14 ○ 01 (uma) Corda Guia 0,35 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introdutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Kit Rotablator: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Cateter de Aterectomia ▪ 01 (um) Avançador Advanced ▪ 01 (um) Fio guia para aterectomia o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Farmacológico 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
--	--

• **Obs:** No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Fechamento de Comunicação Interatrial (CIA Pediátrico)	R\$53.402,80

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral infantil o 01 (um) Fio Guia Hidrofílico 0,035 de 150 cm o 01 (um) Fio Guia Amplatz superstiff 0,035 de 260 cm o 01 (uma) Prótese cera de CIA (kit prótese + balão de diâmetro estirado + delivery) 	02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Fechamento de Comunicação Interatrial (CIA Adulto)	R\$47.951,22

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral 7F o 01 (um) Fio Guia Hidrofílico 0,035 de 150 cm 	02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter lehman 7F ou Multipurpose 6F o 01 (uma) Prótese cera de CIA (kit prótese + balão de diâmetro estirado + delivery) 	<p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
--	---

Código	Procedimento	Valor
3.09.01.02-2	Oclusão de Forame Oval Patente (FOP)	R\$49.171,28

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral 7F o 01 (um) Fio Guia Hidrofílico 0,035 de 150 cm o 01 (um) Cateter lehman 7F ou Multipurpose 6F o 01 (uma) Prótese cera de FOP + A21 (kit prótese + balão de diâmetro estirado + delivery) 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.14-8	Oclusão de Persistência do Canal Arterial (PCA)	R\$66.350,06

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor arterial e venoso o 01 (um) Fio Guia Hidrofílico 0,035 de 150 cm o 01 (um) Fio Guia Amplatzer Super Stiff 0,035 de 260 cm ST1 o 01 (um) Kit Prótese de canal arterial ADO I/II (kit prótese + delivery) para canais maiores que 2,5 mm (para canais menores – Coils Flipper IMWCE 35 5 PDA 5 – com cabo liberador – e 01 Cateter Cobra) o 01 (um) Sistema de Entrega Torque 180/80 o 01 (um) Posicionador 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.14-8	Oclusão de Persistência do Canal Arterial (PCA Pediátrico)	R\$69.701,36

OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma ○ Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introduutor arterial e venoso ○ 01 (um) Fio Guia Hidrofílico 0,035 de 150 cm ○ 01 (um) Fio Guia Amplatzer Super Stiff 0,035 de 260 cm ST1 ○ 01 (um) Kit Prótese de canal arterial ADO I/II (kit prótese + delivery) para canais maiores que 2,5 mm (para canais menores – Coils Flipper IMWCE 35 5 PDA 5 – com cabo liberador – e 01 Cateter Cobra) ○ 01 (um) Sistema de Entrega Torque 180/80 ○ 01 (um) Posicionador 		<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.12-1	Oclusão Percutânea de Apêndice Atrial	R\$82.521,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma ○ Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (dois) Introduutores 7F ○ 01 (um) Kit Manifold ○ 01 (um) Cateter Mullins 8F ○ 01 (uma) Agulha de punção transeptal ○ 01 (uma) Corda Amplatzer Super Stiff 0,035 de 260 cm ST1 ○ 01 (um) Kit Amplatzer prótese para auriculeta esquerda ○ 01 (um) Sistema de Entrega Torque 180/80 ○ 02 (duas) Cordas Hidrofílica 0,035 ○ 01 (um) Manômetro Rotor em Y 		<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.25-3	Valvuloplastia Mitral	R\$31.234,81
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator

<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma ○ Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (dois) Introdutores ○ 01 (uma) Corda Hidrofílica 0,035 ○ 01 (um) Cateter Mullins 7F ○ 01 (uma) Agulha de Punção Transeptal Adulto ○ 01 (um) Cateter Pigtail ○ 01 (um) Conjunto de Inue ○ 01 (um) Cateter de Lehman 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>02 (duas) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>	
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Pulmonar Adulto	R\$24.242,20
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introdutor femoral ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (um) Fio Guia Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 ○ 01 (um) Powerflex ou Zmed ou Tyshak (para pacientes maiores) 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>	
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Pulmonar Pediátrico	R\$24.994,80
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introduutor femoral ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (um) Fio Guia Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 ○ 01 (um) Cateter balão - mini Tyshak para neonato ou Powerflex/Zmed/Tyshak para crianças maiores 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
--	---

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Aórtica Adulto	R\$29.574,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introduutor arterial ○ 01 (um) Cateter guia ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (uma) Corda Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 ○ 02 (um) Cateter balão para valvoplastia ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Cateter pigtail graduado 5F ○ 01 (uma) Corda guia de ponta reta 0,035 x 150 cm teflonado 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Aórtica Pediátrico	R\$30.432,60

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introduutor arterial ○ 01 (um) Cateter guia ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (uma) Corda Amplatz super stiff 0,035 x 260 ○ 02 (um) Cateter balão para valvoplastia 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Cateter pigtail graduado 5F o 01 (uma) Corda guia de ponta reta 0,035 x 150 cm teflonado o Para crianças no primeiro ano de vida utilizará balão aviador e fios guias de 0,014. 	<p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
--	---

EXCLUSÃO

Descrição

- **PROCEDIMENTOS MÉDICOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:**
 - o Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão)
 - o Outros procedimentos não previstos
 - o Consultas pré e pós operatória
 - o Atendimentos de Pronto Socorro
 - o Códigos CBHPM não mencionados na inclusão
- **INTERNAÇÃO:**
 - o Internação por período superior ao descrito na inclusão
 - o Internações em Semi Intensiva ou Suíte (e honorários)
- **TAXAS:**
 - o Tempo de sala na hemodinâmica superior ao previsto na inclusão
- **BANCO DE SANGUE:**
 - o Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão)
- **SADT:**
 - o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão)
 - o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão)
 - o Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemoterapia (exceto quando descrito nos itens de inclusão)
 - o Sessões dialíticas
- **MATERIAIS:**
 - o Quantidade superior a 01 Stent Farmacológico
 - o Outros tipos de Stent como convencional e bioabsorvível
 - o Sistema Ocluser (Perclose, Starclose, Angioseal)
 - o OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) exceto os mencionados na inclusão
- **MEDICAMENTOS:**
 - o Quimioterápicos e adjuvantes
 - o Medicamentos de alto custo
 - o Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado
 - o Trombolíticos
 - o Antiagregantes plaquetários (Streptoquinase, Reopro, Actilyse e Agastrat)
 - o Expansores de volume
- **NUTRIÇÃO:**
 - o Nutrição enteral, parenteral e especiais
 - o Nutrição para acompanhantes
- **INTERCORRÊNCIAS:**
 - o Complicações, intercorrências e reoperações.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Descrição

- Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes

- Em todas as situações, desde que não tenha havido intercorrência, se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes

• Foi estabelecido um tempo padrão de utilização de sala cirúrgica específica para cada procedimento. Nos casos em que houver necessidade de tempo de sala cirúrgica adicional, será cobrado um excedente de 30% sobre o valor relacionado ao porte de sala cirúrgica pequena, média ou grande conforme tabela acordada

• Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado

• Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta

- O pacote contempla apenas serviços próprios

• Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora

• O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTES MARCAPASSOS CARDÍACO

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.14-5	IMPD / DDD	R\$36.835,53
4.08.11.02-6	Implante de Marcapasso Dupla Câmara	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de marcapasso bicameral ○ 01 (um) Eletrodo endocárdico atrial ○ 01 (um) Eletrodo endocárdico • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréia e creatinina ○ 01 ECG de 12 derivações ○ 01 RX de tórax ○ Radioscopia para acompanhamento de procedimento ○ Fisioterapia – 01 (uma) avaliação ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 01 (uma) diária 03 (três) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.13-7	IMPD / VVI	R\$29.733,32
4.08.11.02-6	Implante de Marcapasso de Câmara Única	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas

<ul style="list-style-type: none"> o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Gasoterapia 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Serviços de enfermagem 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Materiais e medicamentos 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia 	Incluso
<ul style="list-style-type: none"> • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de marcapasso unicameral o 01 (um) Eletrodo endocárdico atrial ou ventricular o 01 (um) Introduzidor de Punção para implante de eletrodo endocárdico o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.02-1	CDI – Implante de Cardioversor Desfibrilar	R\$111.665,70
4.08.11.02-6	UNICAMERAL (convencional)	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 04 (quatro) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia 	02 (duas) diárias 01 (uma) diária 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso
<ul style="list-style-type: none"> • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de CDI UNICAMERAL o 01 (um) Eletrodo endocárdico atrial o 01 (um) Eletrodo de choque endocárdico ventricular o 02 (dois) Introduzidores de punção para implante eletrodo endocárdico o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.02-1 4.08.11.02-6	CDI – Implante de Cardioversor Desfibrilar BICAMERAL (convencional)	R\$122.265,70
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de CDI bicameral ○ 01 (um) Eletrodo endocárdico atrial ○ 01 (um) Eletrodo de choque endocárdico ventricular ○ 02 (dois) Introdutores de punção • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréia e creatinina ○ 01 ECG de 12 derivações ○ 01 RX de tórax ○ Radioscopia para acompanhamento de procedimento ○ Fisioterapia – 01 (uma) avaliação ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 01 (uma) diária 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões 	
Código	Procedimento	Valor
3.09.04.06-4 3.21.10.02-2	BIV – Implante de Ressincronizador Cardíaco - TRC (TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA)	R\$78.992,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de marcapasso multi-sítio ○ 01 (um) Kit Multi-sítio ○ 01 (um) Eletrodo atrial ○ 01 (um) Eletrodo ventricular DIREITO ○ 01 (um) Eletrodo ventricular ESQUERDO ○ 01 (um) Catéter AL3 (Amplatz Left 3) + Contraste ○ 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 01 (uma) diária 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 	

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Caneta eletrocautério 	01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	<p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>09 (nove) sessões</p> <p>09 (nove) sessões</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.06-4	CDI + BIV – Implante de Cardioversor associado a	R\$168.254,22
3.09.44.02-1	ressincronizador cardíaco multi-sítio - TRCD (TERAPIA DE RESSINCRONIZAÇÃO	
4.08.11.02-6	CARDÍACA DESFIBRILAR)	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 04 (quatro) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de Cardioversor associado ressincronizador cardíaco multi-sítio o 01 (um) Eletrodo atrial o 01 (um) Eletrodo ventricular DIREITO o 01 (um) Eletrodo ventricular ESQUERDO o 01 (um) Catéter AL3 (Amplatz Left 3) + Contraste o 01 (um) Kit multi-sítio o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>01 (uma) diária</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>09 (nove) sessões</p> <p>09 (nove) sessões</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.10-2	TROCA ELE – Troca de eletrodo	R\$22.938,93
4.08.11.02-6	(sem extração)	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria 	02 (duas) diárias

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 04 (quatro) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso
<ul style="list-style-type: none"> • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Eletrodo o 01 (um) Introduzidor de punção para implante de eletrodo endocárdico (um para cada eletrodo abordado) o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta Eletrocautério 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (IMPD/DDD - Marcapasso dupla câmara)	R\$25.091,05

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de marcapasso bicameral o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9	TG – Troca de Gerador (IMPD/VVI)	

4.08.11.02-6

Marcapasso de câmara única

R\$23.304,10

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de marcapasso unicameral ○ 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo ○ 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréia e creatinina ○ 01 ECG de 12 derivações ○ 01 RX de tórax ○ Radioscopia para acompanhamento de procedimento ○ Fisioterapia – 01 (uma) avaliação ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9	TG – Troca de Gerador (CDI – Cardioversor	R\$78.392,30
4.08.11.02-6	desfibrilar UNICAMERAL - CONVENCIONAL)	

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de CDI unicameral ○ 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo ○ 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréia e creatinina ○ 01 ECG de 12 derivações ○ 01 RX de tórax ○ Radioscopia para acompanhamento de procedimento ○ Fisioterapia – 01 (uma) avaliação ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões

o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória		06 (seis) sessões
Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (CDI – Cardioversor desfibrilar BICAMERAL - CONVENCIONAL)	R\$79.855,10
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de CDI bicameral o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 		<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões
Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (BIV – Ressincronizador Cardíaco)	R\$45.267,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de marcapasso multisítio o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações 		<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade

<ul style="list-style-type: none"> o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<p>01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões</p>	
Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (CDI + BIV – Cardioversor associado a ressincronizador cardíaco multi-sítio)	R\$104.738,60
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: 		

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de Cardioversor associado Ressincronizador Cardíaco Multi-sítio o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões
--	---

Código	Procedimento	Valor
3.01.01.56-5 4.08.11.02-6	Plástica de Loja	R\$14.686,30

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 03 (três) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diárias 01 (uma) diária 03 (três) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 06 (seis) sessões 06 (seis) sessões

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.11-0 4.08.11.02-6	Retirada Simples de Sistema	R\$14.834,70

OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo ○ 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uréia e creatinina ○ 01 ECG de 12 derivações ○ 01 RX de tórax ○ Radioscopia para acompanhamento de procedimento ○ Fisioterapia – 01 (uma) avaliação ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<p>01 (uma) diárias</p> <p>01 (uma) diária</p> <p>03 (três) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>06 (seis) sessões</p> <p>06 (seis) sessões</p>
EXCLUSÃO	
Descrição	
<ul style="list-style-type: none"> • PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta ○ Consultas pré e pós-transplante ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades ○ Assistência circulatória com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) • INTERNAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação em apartamento/enfermaria por período superior ao descrito na inclusão de cada procedimento ○ Internação em UTI por período superior ao descrito na inclusão para cada procedimento ○ Permanência em Semi-Intensiva e internação em UTI (e honorários respectivos) • TAXAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala cirúrgica superior ao descrito na inclusão ○ Taxa de videocirurgia, hemodinâmica e outras taxas não mencionadas na inclusão • BANCO DE SANGUE: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada ○ Procedimentos em aférese terapêutica ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão ○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmáfereze terapêutica ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão) 	

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Clipador Automático com 20 grampos o 01 (um) Conjunto de Tubos MA3000 com filtro arterial o 01 (um) Shunt intracoronário o 01 (um) Filtro de linha arterial o 01 (um) Filtro de Cardioplegia o 01 (um) Sistema para Cardioplegia Unique o 01 (um) Reservatório de Cardioplegia Cristalóide <p>• SADT:</p> <p>o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Tempo de Protrombina, Creatino Fosfoquinase, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais, Urina 1, Troponina T ou L)</p> <ul style="list-style-type: none"> o 05 (cinco) Eletrocardiogramas o 05 (cinco) RX de Tórax o 01 (um) Ecodoppler bidimensional o 01 (um) Avaliação Fisioterápica o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia respiratória o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia motora o 02 (dois) Exercícios com RPPI o 06 (seis) sessões de Assist. Físio. Paciente em Ventilação Mecânica <p>• Banco de sangue:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Tipagem Sanguínea o 02 (duas) Bolsas de Concentrado de Hemácias 	<p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>18 (dezoito) sessões</p> <p>18 (dezoito) sessões</p> <p>02 (duas) unidades</p> <p>06 (seis) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p>
---	--

Código	Procedimento	Valor
3.09.02.05-3	TROCA VALVAR SIMPLES ADULTO (PACIENTES DE BAIXO RISCO)	R\$90.277,02

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<p>• Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Até 06 (seis) diárias em apartamento o Até 03 (três) diárias em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 06 (seis) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o SADTs relacionados o Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia <p>• OPME:</p> <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Hemoconcentrador o 01 (um) Filtro de linha arterial o 01 (um) Filtro de Cardioplegia o 01 (um) Sistema para Cardioplegia Unique o 01 (um) Reservatório de Cardioplegia Cristalóide o 01 (uma) Cânula venosa aramada ou, o 02 (duas) Cânulas venosas de ângulo reto - ponta de metal o 01 (uma) Cânula Venosa 03 estágios o 01 (um) Oxigenador de Membrana o 01 (um) Reservatório de Cardiotomia 	<p>06 (seis) diárias</p> <p>03 (três) diárias</p> <p>06 (seis) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Conjunto para Autotransusão o 01 (uma) Cânula de Perfusão Arterial o 01 (uma) Cânula de Retroplegia o 01 (um) Clipador Automático com 20 grampos o 01 (um) Conjunto de Tubos MA3000 com filtro arterial o 01 (uma) Válvula Cardíaca o 01 (uma) Cola Biológica (2 ml) <ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Tempo de Protrombina, Creatino Fosfoquinase, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais, Urina 1, Troponina T ou L) o 05 (cinco) Eletrocardiogramas o 05 (cinco) RX de Tórax o 01 (um) Ecodoppler bidimensional o 01 (um) Avaliação Fisioterápica o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia respiratória o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia motora o 02 (dois) Exercícios com RPPI o 06 (seis) sessões de Assist. Físio. Paciente em Ventilação Mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Tipagem Sanguínea o 02 (duas) Bolsas de Concentrado de Hemácias 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 05 (cinco) unidades 05 (cinco) unidades 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 18 (dezoito) sessões 18 (dezoito) sessões 02 (duas) unidades 06 (seis) unidades 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades
--	---

Código	Procedimento	Valor
3.09.02.04-5	PLASTIA VALVAR SIMPLES ADULTO (PACIENTES DE BAIXO RISCO)	R\$78.763,30

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 06 (seis) diárias em apartamento o Até 03 (três) diárias em UTI o Taxa de sala cirúrgica até 06 (seis) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento o SADTs relacionados o Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Hemoconcentrador o 01 (um) Filtro de linha arterial o 01 (um) Filtro de Cardioplegia o 01 (um) Sistema para Cardioplegia Unique o 01 (um) Reservatório de Cardioplegia Cristalóide o 01 (uma) Cânula venosa aramada ou, o 02 (duas) Cânulas venosas de ângulo reto - ponta de metal o 01 (uma) Cânula Venosa 03 estágios o 01 (um) Oxigenador de Membrana o 01 (um) Reservatório de Cardiotomia 	06 (seis) diárias 03 (três) diárias 06 (seis) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Conjunto para Autotransusão o 01 (uma) Cânula de Perfusão Arterial o 01 (uma) Cânula de Retroplegia o 01 (um) Clipador Automático com 20 grampos o 01 (um) Conjunto de Tubos MA3000 com filtro arterial o 01(um) Patch de Pericárdio Bovino o 01 (um) Lenço de Teflon o 01 (um) Anel para anuloplastia 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Tempo de Protrombina, Creatino Fosfoquinase, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais, Urina 1, Troponina T ou L) 	<p style="text-align: center;">Incluso</p> <ul style="list-style-type: none"> 05 (cinco) unidades 05 (cinco) unidades 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 18 (dezoito) sessões 18 (dezoito) sessões 02 (duas) unidades 06 (seis) unidades
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Tipagem Sanguínea o 02 (duas) Bolsas de Concentrado de Hemácias 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades

EXCLUSÃO

Descrição

- **PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS**
 - o Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão)
 - o Acompanhamento e procedimentos pós-alta
 - o Consultas pré e pós-cirurgia
 - o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-cirurgia e de outras especialidades
 - o Assistência circulatória com oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO)
- **INTERNAÇÃO:**
 - o Internação em apartamento/enfermaria por período superior ao descrito na inclusão de cada procedimento
 - o Internação em UTI por período superior ao descrito na inclusão para cada procedimento
 - o Permanência em Semi-Intensiva e internação em UTI (e honorários respectivos)
- **TAXAS:**
 - o Taxa de sala cirúrgica superior ao descrito na inclusão
 - o Taxa de videocirurgia, hemodinâmica e outras taxas não mencionadas na inclusão
- **BANCO DE SANGUE:**
 - o Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada
 - o Procedimentos em aférese terapêutica
 - o Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão
 - o Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos)
 - o Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco
 - o Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmáfereze terapêutica
 - o Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas)

- o Bolsa para congelamento de hemocomponentes
- **SADT:**
 - o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão)
 - o Sessões de diálise e hemodiálise
 - o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão)
 - o Radioterapia Corporal Total (TBI)
 - o Procedimentos invasivos: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo-patológicos nas amostras correspondentes
 - o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão)
- **MATERIAIS:**
 - o Suturas mecânicas, colas/adesivos biológicas, pericárdio bovino e demais OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão
- **MEDICAMENTOS:**
 - o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina/tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera®/demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax®/Daclisumab) e medicamentos importados
 - o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado
 - o Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão)
- **NUTRIÇÃO:**
 - o Nutrição enteral, parenteral ou especial
- **INTERCORRÊNCIAS:**
 - o Complicações, intercorrências e reoperações

OBSERVAÇÃO

Descrição

- Os pacotes serão válidos apenas para pacientes classificados como BAIXO RISCO
- O pacote de REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO será baseado na classificação pelo EUROSCORE
- Os pacotes de TROCA VALVAR e PLASTIA VALVAR serão baseados na classificação pelo STS (Society of Thoracic Surgeons)
- Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado
- Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta
- Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora
- O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão)
- Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada E sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição.

BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

Código	Procedimento	Valor
4.04.03.06-8	BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - SEM SEDAÇÃO	R\$1.636,11

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala ambulatorial o Serviços de enfermagem o Materiais comuns inerentes ao procedimento • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Coloração de biópsia de medula óssea por agulha o 01 (uma) Coloração especial por coloração o 01 (um) Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block" 	<ul style="list-style-type: none"> Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

<ul style="list-style-type: none"> • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Agulha de biópsia de medula óssea 		01 (uma) unidade
Código	Procedimento	Valor
4.04.03.06-8	BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA - COM SEDAÇÃO	R\$2.280,06
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala ambulatorial ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais comuns inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Honorários Médicos do Anestesista • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Coloração de biópsia de medula óssea por agulha ○ 01 (uma) Coloração especial por coloração ○ 01 (um) Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block" • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Agulha de biópsia de medula óssea 		<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
EXCLUSÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • PROCEDIMENTOS MÉDICOS E HONORÁRIOS MÉDICOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) ○ Consultas pré e pós-procedimento ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-procedimento ○ Outros procedimentos não previstos • INTERNAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ○ Internações em Apartamento, Enfermaria, UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva ou Suíte • TAXAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de cirurgia ○ Taxa de repouso de endoscopia superior a 01 (uma) hora ○ Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão • BANCO DE SANGUE <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-procedimento (exceto quando descrito na inclusão) ○ Exames laboratoriais não descritos na inclusão ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Cariótipo com Banda - medula óssea (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Imunohistoquímica - painel de 02 a 05 reações ○ Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) ○ Sessões de diálise ○ Radioterapia • MATERIAIS 		

- OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão

- **MEDICAMENTOS**

- Quimioterápicos e adjuvantes
- Medicamentos comuns ou de alto custo não descritos na inclusão
- Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado

- **NUTRIÇÃO**

- Nutrição comum, enteral, parenteral ou especial

- **INTERCORRÊNCIAS**

- Complicações e intercorrências

OBSERVAÇÃO

- Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado
- Em caso de associação de procedimento por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta
- O pacote contempla apenas serviços próprios
- Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora
- O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição

PACOTE HEMODIÁLISE A BEIRA DO LEITO

Código	Procedimento	Valor
3.09.09.13-9	Hemodiálise convencional – até 04 (quatro) horas	R\$795,00
3.09.09.02-3	SLEDD – 06 (seis) horas	R\$848,00
3.09.09.14-7	Hemodiafiltração ou SLEDD-f – de 08 (oito) a 12 (doze) horas	R\$1.166,00
3.09.09.02-3	Hemodiafiltração Contínua – CVVHDF (Por período de até 24h)	R\$5.819,40
3.09.13.10-1	Kit de Cateter de Shilley – triplo lumen	R\$318,00
3.10.08.01-1	Diálise peritoneal com cicladora automática	R\$795,00
1.01.01.01-2	Avaliações – realizadas a distância	R\$37,10
1.01.02.01-9	Visitas – realizada por profissional médico	R\$106,00

OBSERVAÇÕES

HEMODIÁLISE CONVENCIONAL – até 04 (quatro) horas

Adulto

- Inclui:
 - Máquina hemodialisadora (Fresenius 4008 S módulo HDF, Fresenius 4008 S, Fresenius 4008 B ou Gambro AK200S, ou outra), Osmose Reserva (Gambro, MCA ou outra)
 - Transporte dos equipamentos, instalação, esterilização, calibragens e manutenção corretivas e preventivas
 - Fornecimento do material dialítico:
 - Hemodialisadores (capilares)
 - Linha venosa
 - Linha arterial
 - Soluções ácida e básica
 - Soluções de desinfecção
 - Obs.: sem reuso de materiais (Conforme Orientação da Nota Técnica n.º 006/2009-GGTES/ANVISA para Hemodiálise à Beira do Leito Hospitalar)
 - Honorários do Médico Nefrologista
 - Honorários do Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem (Acompanhamento exclusivo durante toda a sessão)

- Supervisão do Enfermeiro Nefrologista
- Fornecimento de Manual de Enfermagem
- Protocolos de atendimento
- Disponibilização dos controlos das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos e das culturas das águas das osmose sempre que solicitado
- Atendimento semanal 24 horas – 07 (sete) dias
- **Obs.:** Materiais de Apoio são fornecidos pela CREDENCIANTE (somente se for realizado no HFASP), tais como:
 - Luvas de procedimento
 - Heparina
 - Soro
 - Agulhas
 - Campo estéril
 - Seringas
 - Máscaras
 - Compressas

HEMODIAFILTRAÇÃO – ciclos de até 12 (doze) horas

Ou

SLEDD-f (Sustained Low-Efficiency Daily Diafiltration) – até 12 (doze) horas

Adulto

● **Inclui:**

- Máquina hemodialisadora Fresenius 4008 S com módulo HDF, ou outra e Osmose Reserva (Gambro ou MCA ou outra)
- Transporte dos equipamentos, instalação, esterilização, calibragens e manutenção corretivas e preventivas
- Fornecimento do material dialítico:
 - Hemodiafiltros
 - Linha HDF
 - Linha arterial
 - Linha venosa
 - Soluções ácida e básica (Bibag) para HD
 - Soluções de desinfecção
 - **Obs.:** sem reuso de materiais (Conforme Orientação de Nota Técnica 006/2009 ANVISA para Hemodiálise á Beira do Leito Hospitalar)
- Honorários do Médico Nefrologista
- Honorários do Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem (Acompanhamento exclusivo durante toda a sessão)
- Supervisão de Enfermeiro Nefrologista
- Fornecimento de Manual de Enfermagem
- Protocolos de atendimento e disponibilização dos controlos das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos e das culturas das águas das osmose quando solicitados
- Atendimento semanal 24 horas – 07 (sete) dias
 - **Obs.:** Materiais de Apoio são fornecidos pelo Hospital (somente se for realizado no HFASP), tais como:
 - Luvas de procedimento
 - Heparina
 - Soro
 - Agulhas
 - Campo estéril
 - Seringas
 - Máscaras
 - Compressas

HEMODIAFILTRAÇÃO CONTÍNUA - CVVHDF – até 24 (vinte e quatro) horas

Adulto

● **Inclui:**

- Hemodiálise Hospitalar (por Sessão de até 24h) – Paciente em Ambiente Hospitalar
- Serviços Médicos (Honorários Médicos)
- Serviços de Enfermagem
- Equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina Prisma ou similar)

- o Locomoção do material e equipe
- o Medicamentos (soluções de reposição eurofarma, citrato de cálcio)
- o Materiais e Procedimentos específicos, tais como: Kit hemodiafiltração. Indicado para pacientes graves, instáveis hemodinamicamente.

- **Exclui:**

o Cateter duplo ou triplo lumen, assim como qualquer tipo de acesso vascular. Demais medicamentos e insumos inespecíficos.

- **Obs.:** Os procedimentos dialíticos, realizados em ambiente hospitalar, parecer médico, visita médica hospitalar e consultas ambulatoriais na especialidade de nefropediatria terão acréscimo de 30% no valor acordado.

- **Obs.:** Materiais inespecíficos, tais como solução fisiológica, luvas, material de curativo, agulhas, seringas, máscaras, capotes etc. Deverão ser fornecidos pelo hospital (se for realizado no HFASP).

PACOTE CIRURGIA DIVERSOS

Código	Procedimento	Valor
3.09.11.11-7	Estudo eletrofisiológico intracavitário mapeamento eletro-eletrônico tridimensional	R\$2.734,80

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- o Honorários Médicos
- o 06 (seis) horas de repouso
- o Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, serviços de enfermagem e administrativas)
- o Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Fio Guia Nº 35
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 01 (um) Transdutor de pressão
 - 02 (dois) CDs

- **Exclui:**

- o Hemoterapia
- o SADT
- o OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais) exceto os da inclusão:
 - Cateteres Guia
 - Introdutores especiais (longo)
 - Cateter quadripolar
 - Cateter decapolar
 - Conectores de cateteres
- o Medicamentos exclusivos:
 - Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante- plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- o Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- o Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- o Complicações pós- operatórias
- **Obs.:** Caso haja necessidade da realização de Cateterismo Cardíaco INFANTIL, o mesmo será cobrado como conta aberta, com discriminação dos itens

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.01-6	Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	R\$26.470,00

OBSERVAÇÕES**• Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- Cateteres Guia
- Introdutores especiais (longo)
- Cateter de ablação
- Cateter quadripolar
- Cateter decapolar
- Conectores de cateteres
- Medicamentos
- Material de uso comum
- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Fio Guia Nº 35
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 01 (um) Transdutor de pressão
 - 02 CDs

• Exclui:

- Tratamento de Fibrilação Atrial por Ablação
- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostín, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
 - Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato acordado
 - Complicações pós-operatórias

Obs.: Caso haja necessidade da realização de Cateterismo Cardíaco INFANTIL, o mesmo será cobrado como conta aberta, com discriminação dos itens

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.16-4	Punção transeptal com introdução de cateter multipolar nas camaras (Ablação de Fibrilação Atrial)	R\$15.370,00

OBSERVAÇÕES**• Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Fio Guia Nº 35
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 01 (um) Transdutor de pressão

- 02 CDs
- Internação (somente para pacientes ambulatoriais):
 - 01 (uma) diária em UTI CORONARIANA
 - 01 (uma) diária em apto ou enfermaria
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- **Exclui:**
 - Hemoterapia
 - SADT
 - OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais), Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo)
 - Cateter de ablação, quadripolar, decapolar e conectores de cateteres
 - Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
 - Complicações pós-operatórias
- **Obs.:** Caso haja necessidade da realização de Cateterismo Cardíaco INFANTIL, o mesmo será cobrado como conta aberta, com discriminação dos itens

Código	Procedimento	Valor
3.09.06.13-0	Artéria mesentérica inferior - qualquer técnica	R\$1.786,10
3.09.06.14-8	Artéria mesentérica superior - qualquer técnica	
3.09.06.15-6	Artéria renal bilateral revascularização	
3.09.06.12-1	Artéria hipogástrica - unilateral - qualquer técnica	

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**
 - Honorários Médicos
 - 06 (seis) horas de repouso
 - Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
 - Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 02 (dois) cateteres diagnósticos
 - 01 (um) Fio Guia
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 03 (três) filmes
 - 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos)
 - Internação (somente para pacientes ambulatoriais):
 - 01 (uma) diária em UTI CORONARIANA
 - 01 (uma) diária em apto ou enfermaria
- **Exclui:**
 - Hemoterapia
 - SADT
 - OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
 - Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios
 - Filtro de proteção
 - Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
 - Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
 - Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato

o Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	R\$1.786,10
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatória de controle	
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatória de posicionamento	

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

- o Honorários Médicos
- o 06 (seis) horas de repouso
- o Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- o Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 02 (dois) cateteres diagnósticos
 - 01 (um) Fio Guia
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 03 (três) filmes
 - 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos)
- o Internação (somente para pacientes ambulatoriais):
 - 01 (uma) diária em UTI CORONARIANA
 - 01 (uma) diária em apto ou enfermaria

• **Exclui:**

- o Hemoterapia
- o SADT
- o OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
- o Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios
- o Filtro de proteção
- o Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- o Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- o Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- o Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.12.08-1	Flebografia por punção venosa unilateral	R\$1.786,10
4.08.12.09-0	Flebografia retrógrada por cateterismo – unilateral	

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

- o Honorários Médicos
- o 06 (seis) horas de repouso
- o Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- o Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção

- 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
- 02 (dois) cateteres diagnósticos
- 01 (um) Fio Guia
- 01 (um) Extensor de bomba
- 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
- 03 (três) filmes
- 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos)

• **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
- Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios
- Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário por vaso	R\$1.966,30
4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal - por vaso	

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 02 (dois) cateteres diagnósticos
 - 01 (um) Fio Guia
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 03 (três) filmes
 - 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos)

• **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
- Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios
- Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.12.01-4	Aortografia abdominal por punção translombar	R\$1.786,10
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ 06 (seis) horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) Agulha de Punção ▪ 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm ▪ 02 (dois) cateteres diagnósticos ▪ 01 (um) Fio Guia ▪ 01 (um) Extensor de bomba ▪ 01 (uma) Seringa de bomba 150ml ▪ 03 (três) filmes ▪ 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos) • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia ○ SADT ○ OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais) ○ Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios ○ Filtro de proteção ○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos ○ Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos) ○ Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato ○ Complicações pós- operatórias 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.13.17-7	Angioplastia Transluminal percutânea	R\$6.413,00
3.09.12.02-4	Angioplastia transluminal da aorta ou ramos ou da artéria pulmonar e ramos (por vaso)	
3.09.12.09-1	Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia	
4.08.13.11-8	Angioplastia arterial ou venosa de anastomose vascular de fígado transplantado	
4.08.13.13-4	Angioplastia arterial ou venosa de anastomose vascular de rim transplantado	
4.08.13.08-8	Angioplastia de aorta para tratamento de coarctação	
4.08.13.10-0	Angioplastia de artéria visceral - por vaso	
4.08.13.14-2	Angioplastia de ramos hipogástricos para tratamento de impotência	
4.08.13.12-6	Angioplastia renal para tratamento de hipertensão renovascular ou outra condição	
4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	
4.08.13.16-9	Angioplastia venosa para tratamento de síndrome de BUDD-CHIARI	

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso

Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)

- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 02 (dois) cateteres diagnósticos
 - 02 (dois) Fios Guia
 - 01 (um) Manômetro ou Insuflador
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 04 (quatro) filmes
 - 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos)

- **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais)
- Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios
- Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.74-6	Embolização de artéria uterina para tratamento de mioma ou outras situações	R\$12.910,80
4.08.13.80-0	Embolização de tumor ósseo ou de partes moles	

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- Honorários Médicos
- 02 (duas) diárias em apartamento ou enfermaria
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- Materiais específicos:
 - Kit de materiais e medicamentos para punção venosa
 - Montagem da mesa de procedimento
 - Anestésico
 - Contraste
 - Seringa e extensor de bomba injetora de contraste
 - Filme e Materiais para gravação
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Cateter Diagnóstico
 - 01 (um) Fio Guia hidrofílico 150 cm
 - 01 (um) Microcatéter
 - 01 (um) Microguia

- Angiografia pré no ato e Angiografia pós no ato
- Exames radiológicos e gráficos inerentes ao procedimento (exceto Ressonância Nuclear Magnética e Tomografia Computadorizada)
- 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos)

• **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- Micro-Particulas
- Cateteres Guia
- Introdutores especiais (longo)
- Ressonância Nuclear Magnética ou Tomografia Computadorizada

○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos

- Complicações pós- operatórias

- Observações:

- Materiais: Micro Particulas - R\$ 3.800,00

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.06-1	Angioplastia de ramo intracraniano	
4.08.13.07-0	Angioplastia de tronco supra-aórtico	R\$9.518,80
4.08.13.15-0	Angioplastia de tronco venoso	

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)
- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Cateter Diagnóstico
 - 01 (um) Cateter terapêutico
 - 01 (um) Fio Guia hidrofílico
 - 01 (um) Manômetro ou Insuflador
 - 01 (um) Estensor de Bomba Seringa de Bomba 150ml
 - 01 (um) Fio guia 0,35 AMPLATZ
 - 03 (três) Filmes
 - 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos)

• **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais); Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo)
- Filtro de proteção

○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos

- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)

- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato

- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.91-6	Quimioembolização para tratamento de tumor hepático	R\$7.409,40
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ 06 (seis) Horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos e serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kit de materiais e medicamentos para punção venosa ▪ Montagem da mesa de procedimento ▪ Anestésico ▪ Contraste ▪ Seringa e extensor de bomba injetora de contraste ▪ Filme e Materiais para gravação ▪ 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm ▪ 01 (um) Cateter Diagnóstico (cobra) ▪ 01 (um) Fio Guia hidrofílico 150 cm ○ exames radiológicos e gráficos inerentes ao procedimento (exceto Ressonância Nuclear Magnética e Tomografia Computadorizada) ○ 200mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos) ▪ Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia ○ SADT ○ OPME (Prótese,Órtese e Materiais Especiais) ○ Quimioterápicos ○ Micro Partícula ○ Stents ○ Cateter Balão ○ Filtro ○ Cateteres Guia ○ Introdutores especiais (longo) ○ Microcateteres ○ Microguias ○ Materiais Embolizantes e acessórios ○ Filtro de proteção ○ Medicamentos exclusivos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos ○ Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos) ○ Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato ○ Complicações pós- operatórias 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.13.77-0	Embolização vascular definitiva	R\$7.409,40
4.08.13.71-1	Embolização de fístula arteriovenosa não especificada acima - por vaso	
4.08.13.63-0	Embolização de hemorragia digestiva	
4.08.13.72-0	Embolização de malformação vascular - por vaso	
4.08.13.61-4	Embolização pulmonar para tratamento de fístula arteriovenosa ou outra situação	
4.08.13.69-0	Embolização seletiva de fístula ou aneurisma renal para tratamento de hematúria	
OBSERVAÇÕES		

- **Inclui:**

- o Honorários Médicos
- o 06 (seis) Horas de repouso
- o Todas as taxas (uso de equipamentos e serviço de enfermagem)
- o Materiais específicos:
 - Kit de materiais e medicamentos para punção venosa
 - Montagem da mesa de procedimento
 - Anestésico
 - Contraste
 - Seringa e extensor de bomba injetora de contraste
 - Filme e Materiais para gravação
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Cateter Diagnóstico (cobra)
 - 01 (um) Fio Guia hidrofílico 150 cm
- o exames radiológicos e gráficos inerentes ao procedimento (exceto Ressonância Nuclear Magnética e Tomografia Computadorizada)
- o 200mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos)

- **Exlui:**

- o Hemoterapia
- o SADT
- o OPME (Prótese,Órtese e Materiais Especiais)
- o Materiais embolizantes e seus conectores
- o Micro Partícula
- o Stents
- o Cateter Balão
- o Filtro
- o Cateteres Guia
- o Introdutores especiais (longo)
- o Microcateteres
- o Microguias
- o Materiais Embolizantes e acessórios
- o Filtro de proteção
- o Medicamentos exclusivos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos.
- o Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- o Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- o Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
3.09.13.10-1	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração	R\$1.722,50
4.08.13.23-1	Colocação de cateter venoso central ou portocath	
3.09.13.01-2	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT.	
3.09.13.12-8	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração	
3.09.13.15-2	Retirada/desativação de fístula AV para hemodiálise	

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- o Honorários Médicos
- o 06 (seis) horas de repouso
- o Todas as taxas (uso de equipamentos e serviço de enfermagem)

- **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais):
 - Port A Cath
 - Permicath
 - Cateter de Shiley
 - Shunt
 - Micro Partícula
 - Stents
 - Cateter Balão
 - Filtro
 - Microcateteres
 - Microguias
 - Materiais Embolizantes e acessórios
 - Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós-operatórias.

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.24-0	Colocação de filtro de VCI para prevenção de TEP	R\$3.434,40
3.09.07.08-0	Implante de filtro de veia cava	

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

- Honorários Médicos
 - 06 (seis) horas de repouso
 - Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e serviço de enfermagem)
 - Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Cateter Diagnóstico
 - 01 (um) Extensor de bomba
 - 01 (uma) Seringa de bomba 150ml
 - 200mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos)

- **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais):
 - Filtro de Veia Cava
 - Micro Partícula
 - Stents
 - Cateter Balão
 - Filtro
 - Microcateteres
 - Cateteres Guia
 - Introdutores especiais (longo)

- Microguias
- Materiais Embolizantes e acessórios
- Filtro de proteção
- Alça ou Laço para retirada de corpo estranho

○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos

- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.06-4	Colangiografia transcutânea	R\$4.102,20

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e serviço de enfermagem)
- Materiais específicos:
 - 01 (uma) Agulha de Punção
 - 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
 - 01 (um) Fio Guia Hidrofilico 0.35
 - 02 (dois) Fios Teflonados
 - 02 (dois) Cateteres de diagnóstico
 - 01 (um) Transdutor de pressão
 - 02 (dois) CDs

• **Exclui:**

- Hemoterapia
 - SADT
 - OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais):
 - Drenos biliares
 - Kit de punção
 - Kit NPAS
 - Balão para dilatação biliar, para drenagem biliar
 - Stents e endoproteses biliares
 - Micro partícula
 - Stents
 - Cateter Balão
 - Filtro
 - Cateteres Guia
 - Introdutores especiais (longo)
 - Microcateteres
 - Microguias
 - Materiais Embolizantes e acessórios
 - Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias

Código	Procedimento	Valor
--------	--------------	-------

4.08.13.48-7	Drenagem percutânea de via biliar	R\$4.102,20
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ 06 (seis) horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) Agulha de Punção ▪ 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm ▪ 01 (um) Fio Guia Hidrofilico 0.35 ▪ 02 (dois) Fios Teflonados ▪ 02 (dois) Cateteres de diagnóstico ▪ 01 (um) Transdutor de pressão ▪ 02 (dois) CDs 		
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia ○ SADT ○ OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drenos biliares ▪ Kit de punção ▪ Kit NPAS ▪ Balão para dilatação biliar ▪ Conectores para drenagem biliar ▪ Stents e endoproteses biliares ▪ Micro Partícula ▪ Stents ▪ Cateter Balão ▪ Filtro ▪ Cateteres Guia ▪ Introdutores especiais (longo) ▪ Microcateteres ▪ Microguias ▪ Materiais Embolizantes e acessórios ▪ Filtro de proteção ○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos ○ Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos) ○ Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato ○ Complicações pós- operatórias 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.13.37-1	Dilatação percutânea de estenose	R\$4.102,20
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos, ○ 06 (seis) horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: 		

- 01 (uma) Agulha de Punção
- 01 (um) Introdutor valvulado de 11 cm
- 01 (um) Fio Guia Hidrofilico 0.35
- 02 (dois) Fios Teflonados
- 02 (dois) Cateteres de diagnóstico
- 01 (um) Transdutor de pressão
- 02 (dois) CDs

- **Exclui:**

- Hemoterapia
- SADT
- OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais):
 - Drenos biliares
 - Kit de punção
 - Kit NPAS
 - Balão para dilatação biliar
 - Conectores para drenagem biliar
 - Stents e endoproteses biliares
 - Micro Partícula
 - Stents
 - Cateter Balão
 - Filtro
 - Cateteres Guia
 - Introdutores especiais (longo)
 - Microcateteres
 - Microguias
 - Materiais Embolizantes e acessórios
- Filtro de proteção
- Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos)
- Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato
- Complicações pós- operatórias