



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa os procedimentos ambulatoriais em consultas, pacotes, exames laboratoriais e diagnósticos, procedimentos oncológicos, oftálmicos, serviços multidisciplinares (fioterapia, nutricionista, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia) precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do Grupo de Saúde de Guaratinguetá (GSAU-GW), com base no Termo de Referência deste credenciamento.

1.2. Define-se por PACOTE o procedimento que remunera o conjunto de ações realizadas nos procedimentos médicos, sala, material, medicamento, conforme descrições da composição do pacote neste referencial de Custo.

1.3. Os procedimentos ambulatoriais citados acima estão configurados dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista ao atendimento ambulatorial fora da rede SISAU quando a rede própria não tenha como atender ao usuário em suas devidas necessidades.

1.4. Esse tipo de assistência na rede complementar sempre dependerá de autorização prévia do GSAU-GW conforme estabelecido no Termo de Referência.

2. ÍNDICES E VALORES

2.1. Procedimentos Médicos

2.1.1. Os procedimentos médicos e os procedimentos de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), Consultas Médicas e Exames Complementares serão pagos de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM 2014) como referencial com deflator de 20% (vinte por cento) no porte e no UCO – Unidade de Custo Operacional previstas nesta.

2.1.2. Somente serão aceitos procedimentos cobertos pelo Rol da Agência Nacional de Saúde – ANS atualizado e de acordo com as restrições e limitações de cobertura estabelecidas na legislação destinada a regulamentar os

sistemas SARAM, FUNSA e SISAU. Os procedimentos que constarem no Rol de procedimentos e não constem na tabela negociada serão objeto de aditivo, sendo analisado caso a caso.

2.1.2. Será pago 9,67% em cima do valor final dos códigos pagos conforme CBHPM 2014, devido ao reajuste acumulado do IPCA de 2023 e 2024.

VALORES DE PORTE – CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

2.2. Os preços aqui apresentados representam o valor máximo aceitável pela CREDENCIANTE.

TABELA DE HONORÁRIOS		
MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
10101012	CONSULTA MÉDICA AMBULATORIAL	R\$ 148,01
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS		
1. As consultas médicas realizadas em consultório no horário normal ou preestabelecido (eletivas), identificadas pelo código 1.01.01.01-2, serão pagas conforme este Referencial de Custos.		
2. A CREDENCIANTE poderá efetuar glosas técnicas e médicas, devidamente justificadas, na realização de consultas de um mesmo beneficiário, por um mesmo médico, pela mesma patologia, dentro de um período igual ou inferior a 30 dias, contados a partir do dia subsequente da realização da consulta.		
3. Consulta marcada e não comparecida (ato médico não realizado) não poderá ser cobrada e, conseqüentemente, não será paga.		

SERVIÇOS DE PACOTE (PARA APARTAMENTOS, SERÁ PAGO 20% A MAIS)		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40201120	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 692,94
40202038	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA	R\$ 886,92
40202615	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE	R\$ 888,81
40202666	COLONOSCOPIA COM BIOPSIA	R\$ 1.081,74
40202542	COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA	R\$ 1.793,17
30306027	FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO	R\$ 4.590,20
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DOS PACOTES		
1. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA		
1.1. Compreende:		
a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo) , honorário médico, monitor; oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), materiais e medicamentos inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.		
1.2. Não compreende:		
a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); Anatomopatológico.		
2. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIÓPSIA		
2.1. Compreende:		
a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.		
2.2. Não compreende:		
a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado); Anatomopatológico.		
3. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM TESTE DE UREASE (Pesquisa de H Pylori)		
3.1. Compreende:		
a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), honorário médico, bisturi elétrico, monitor, oxímetro, oxigênio e circuitos, taxa de sala (quando realizado em regime ambulatorial), agulha para biópsia, materiais, medicamentos e exames inerentes ao procedimento. Sistema completo de videoendoscopia.		
3.2. Não compreende:		
a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);		
b) Anatomopatológico.		
4. COLONOSCOPIA OU COLONOSCOPIA COM BIÓPSIA		
4.1. Compreende:		
a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.		
4.2. Não compreende:		

- a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- b) Anatomopatológico.

5. COLONOSCOPIA COM POLIPECTOMIA

5.1. Compreende:

- a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial (quando realizado em regime ambulatorial), equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, oxigênio, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

5.2. Não compreende:

- a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- b) Anatomopatológico.

6. FACECTOMIA COM LENTE INTRA-OCULAR COM FACOEMULSIFICAÇÃO

4.1. Compreende:

- a) 01 diária (quando realizado em regime de internação para preparo), taxa sala ambulatorial, taxa de sala cirúrgica, equipamentos inerentes ao procedimento, honorários médicos, todos os tipos de gases medicinais, circuitos, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento.

4.2. Não compreende:

- a) Honorário do anestesista (caso necessário e justificado);
- b) Anatomopatológico.

TAXAS DE SALA E DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS, E DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60015292	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO ENDOVENOSA (EV)	TAXA	R\$ 14,25
60015322	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRA-MUSCULAR (IM)	TAXA	R\$ 12,25
60015357	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA (SC)	TAXA	R\$ 10,40
60015438	APLICAÇÃO VIA RETAL	TAXA	R\$ 11,41
	HEPARINIZAÇÃO DE CATETER (fora dos ciclos de quimioterapia)	TAXA	R\$ 563,74
60035153	GLICEMIA POR GLUCOMETER EM TODOS OS SETORES (material incluso)	TAXA	R\$ 38,31
60023899	RETIRADA DE PONTOS (material incluso)	TAXA	R\$ 14,13
60000414	SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 95,80
60023236	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA (material incluso)	TAXA	R\$ 94,34
60022264	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (material incluso)	TAXA	R\$ 41,68
60023279	SALA DE EMERGÊNCIA	TAXA	R\$ 215,56
60033690	SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/ PRONTO ATENDIMENTO (PA) – POR HORA	HORA	R\$ 29,10
60023384	SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	TAXA	R\$ 154,40
60023333	SALA DE TRANSFUSÃO AMBULATORIAL (sangue/ derivados)	TAXA	R\$ 69,18

60023546	SONDAGEM NASOENTERAL	TAXA	R\$ 37,57
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXAS			

1. TAXA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA:

1.1. Compreende:

- a) Uso da sala, instrumental básico para realização do procedimento (mesa, maca, serra de gesso, aventais e campo de proteção não descartáveis, luvas e óculos de proteção para o médico e funcionários);
- b) Serviços do “técnico de gesso”.
- c) Gesso e demais materiais descartáveis ou insumos necessários ao procedimento;
- d) Taxa de sala de gesso será remunerada nos seguintes casos:
- e) Imobilizações descartáveis, reutilizáveis, plásticas e sintéticas;
- f) Enfaixamentos.

1.2. Não Compreende:

- a) Honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.
- b) Retirada de gesso, quando o aparelho gessado tiver sido colocado pela CONTRATADA.

2. TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS/TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO (PS)/PRONTO ATENDIMENTO (PA):

2.1. Não será remunerado período de Taxa de Observação em Pronto-Socorro/pronto atendimento para usuários que estiverem apenas aguardando resultado de exames.

2.2. Compreende:

- a) Cuidados de enfermagem descritos no item 1.6.;
- b) Instalações da sala;
- c) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes aos procedimentos;
- d) Dosador para medicação; copos descartáveis; algodão; material para curativos pós-aplicação; materiais e soluções antissépticas e produtos de higiene do paciente;
- e) Aspiração;
- f) Aspirador elétrico, a vácuo ou ultrassônico;
- g) Bandejas de curativo;
- h) Bandeja de infiltração/punção articular;
- i) Bandeja de punção lombar;
- j) Bandeja de pequena cirurgia; Mesa de Mayo;
- k) Bomba de Infusão;
- l) Bandeja de subclávia;
- m) Desfibrilador e Cardioversor;
- n) Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- o) Escadinha; Suporte para soro.
- p) Eletrocautério;
- q) Focos luminosos;
- r) Instalação de soro;
- s) Kit de roupa de cama;

- t) Lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- u) Limpeza e desinfecção do ambiente;
- v) Materiais descartáveis: gorro, touca, pro pé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, utilizada pela equipe multidisciplinar e pelo paciente;
- x) Materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- w) Monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- y) Nebulizador/ inalador de qualquer tipo;
- z) Oxímetro;

2.3. Não Compreende:

- a) Medicamentos;
- b) Materiais descartáveis;
- c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

3. TAXA DE SALA DE EMERGÊNCIA

3.1. Compreende:

- a) Todos os itens compreendidos na taxa de observação em Pronto Socorro/ Pronto Atendimento;
- b) Qualquer tipo de Aspirador;
- c) Bomba de Seringa e bomba de infusão;
- d) Capnógrafo;
- e) Equipamentos e materiais não descartáveis inerentes ao atendimento de emergência;
- f) Equipamentos modulares que contemplem os itens anteriores;
- g) Instalações da sala de emergência;
- h) Monitor de P.A. não invasiva e invasiva;
- i) Respirador/Ventilador;
- j) Serviços de enfermagem inerentes ao atendimento de emergência;
- k) Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex. Bandeja).

3.2. Não Compreende:

- a) Medicamentos;
- b) Materiais descartáveis;
- c) Honorários Médicos. Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

4. GLICEMIA CAPILAR POR GLUCOMETER

- 4.1. Será remunerado por uso, desde que prescrito e confirmada a realização.
- 4.2. Aplica-se esse pacote, para o procedimento em todos os setores;
- 4.3. Compreende: algodão, blood stop, lanceta, luva procedimento, tira reagente e uso do

aparelho.

TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000406	SALA DE HEMODINÂMICA	TAXA	R\$ 1.058,48
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1. TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA			
1.1. Compreende:			
a) Todos os itens compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico e/ou obstétrica;			
b) Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmica e/ou obstétrica.			

TAXAS DE SALA DE HEMODIALISE			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000392	SALA DE HEMODIÁLISE	TAXA	R\$ 409,96
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODIALISE			
1. TAXA DE SALA DE HEMODIÁLISE PARA PACIENTE CRÔNICO:			
1.1. Compreende:			
a) Instalações da sala e equipamento de hemodiálise, incluindo equipo e soluções para funcionamento da máquina;			
b) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento;			
c) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéril e estéril) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;			
d) Monitores simples;			
e) Oxímetro;			
f) Material para atendimento de suporte a urgência/emergência;			
g) Poltronas ou leitos clínicos; e			
h) Todas as etapas inerentes ao reprocessamento do capilar e linhas, assim como os materiais, equipamentos e soluções utilizadas.			
i) Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.			
2.2. Não Compreende:			
a) Todos os itens não compreendidos na taxa de sala de centro cirúrgico, hemodinâmico e/ou obstétrico.			

TAXAS DE SALA DE QUIMIOTERAPIA			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60000481	SALA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL/TERAPIA HORMONAL/ TERAPIA ALVO MOLECULAR/ IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA	TAXA	R\$ 203,55

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

1. TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA, TERAPIA HORMONAL, TERAPIA ALVO MOLECULAR, IMUNOBIOLOGICA E RADIOTERAPIA:

1.1. A taxa só será cobrada em caso de paciente em tratamento ambulatorial;

1.2. Não cabe a cobrança de taxa de sala para dispensação de medicação oral (VO), e também para aplicações de administração via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), como granulokine, eprex, zoladex, hemax e outros. Nos casos de apenas administração SC e/ou IM, sem a necessidade de ambiente especializado, será pago a aplicação conforme descrito no referencial de custos.

1.3. Compreende:

- a) Câmara de Fluxo Laminar;
- b) Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- c) Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- d) Mesa operatória;
- e) Preparo e aplicação de quimioterapia, terapia hormonal, terapia alvo molecular e imunobiológica, não inclui os insumos descartáveis para o preparo;
- f) Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- g) Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo, adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: band aid, blood stop, filme transparente de qualquer tipo), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- h) Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, povidine tópico e degermante, éter, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- i) Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- j) Leito próprio comum ou especial (cama qualquer tipo ou modelo);
- k) Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- l) Roupas permanentes e descartáveis (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoformados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas);
- m) Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- n) Taxa administrativa do hospital;
- o) Máscara Facial de silicone, qualquer tipo ou modelo;
- p) Cortador de frascos de soro;
- q) Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- r) Tubo de silicone, látex (prolongador) qualquer tipo ou modelo;
- s) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental, luvas não estéreis e estéreis) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;
- t) Instrumentais cirúrgicos estéreis para manipulação e curativo de cateteres e fistulas.

1.3.1 Equipamentos:

- a) Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- b) Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi

(qualquer tipo ou modelo);

c) Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, inclui Bomba de Seringa (qualquer tipo ou modelo);

d) Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não;

e) Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;

f) Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;

g) Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;

h) Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;

i) Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;

j) Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;

k) Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;

l) Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambu e macronebulizador;

m) Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;

n) Eletrocardiógrafo e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);

o) Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação.

1.3.2. Cuidados de Enfermagem

a) Preparo e administração de medicamentos por todas as vias;

b) Aspirações, inalações se refere a instalação e o ato de realizar o procedimento;

c) O ato de realizar: Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico;

d) Controle de sinais vitais;

e) Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

f) Locomoção do paciente ou transferência de leito ou unidade;

g) Preparo de corpo em caso de óbito: incluir todo material utilizado para o preparo;

h) Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo. Exemplo: lavagem gástrica preparo cirúrgico (enterocлизма, tricotomia);

i) Manutenção de acesso venoso pérvio incluso: tampa com conector Luer-Lock, COMB RED e qualquer tipo ou modelo de oclisor, qualquer tipo de tampa Luer-Lock para dispositivo intravenoso. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

j) Sondagens se refere ao ato de realizar o procedimento;

k) Mudança de decúbito;

l) Curativo – procedimento da Enfermagem, instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fita crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, povidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina qualquer tipo;

m) Tricotomia – inclui Tricotomizador elétrico e a lâmina do Tricotomizador. Inclui aparelho

descartável de barbear;

n) Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, materiais como: espátula, absorventes, hidratantes, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

o) Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados);

p) Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

1.4. Não Compreende:

a) Equipo da bomba de infusão;

b) Medicamentos;

c) Materiais descartáveis (Exceto EPI e aqueles que substituem materiais permanentes, tais como lençóis, toalhas e etc.);

d) Honorários médicos, quando ocorrer com a supervisão direta do médico (médico presente no procedimento). Estes, serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

TAXAS DE CURATIVOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (por unidade)
60018127	CURATIVO PEQUENO	R\$ 44,05
60017040	CURATIVO MÉDIO	R\$ 55,34
60016086	CURATIVO GRANDE	R\$ 71,92
60017996	CURATIVO PEQUENO QUEIMADO	R\$ 102,55
60016906	CURATIVO MÉDIO QUEIMADO	R\$ 111,64
60015942	CURATIVO GRANDE QUEIMADO	R\$ 119,56

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE CURATIVOS

1. Serão pagos mediante a prévia solicitação do CREDENCIADO com a avaliação da ferida pelo médico ou enfermeiro auditor da CREDENCIANTE, para uso de coberturas especiais tais como:

- placas de hidrocoloides,
- carvão ativado,
- alginato de prata e cálcio,
- filmes transparentes,
- espumas de prata,
- hidrogéis,
- purilon gel,
- espuma de poliuretano,
- hidrogel com alginato,
- bota de unha,
- protosan,
- curativo a vácuo e demais.

2. **Pequeno Queimado:** Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida.
3. **Médio Queimado:** Considera-se como médio queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 25%, ou queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou queimadura de mão e/ou pé.
4. **Grande Queimado:** Considera-se como grande queimado o paciente com: queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%, ou queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, ou queimadura de perineo.
5. **Curativo Pequeno Porte:** Não há perda de tecidos, as bordas da pele ficam justapostas. Este é o objetivo das feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas.
 - 5.1. Curativo realizado em ferida pequena: aproximadamente 16 cm (ex: Incisões cirúrgicas fechadas por primeira intenção, cateteres venosos e arteriais, cicatrização de coto umbilical, fístulas anais, flebotomias e/ou subclávia/jugular, hemorroidectomia, pequenas incisões, traqueostomia. Cateter de diálise e intermitente), queimaduras grau um, escaras com formação de tecido de granulação.
6. **Curativo Médio Porte:** Há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes. A cicatrização é mais lenta do que primeira intenção.
 - 6.1. Curativo realizado em ferida média: variando de 16,5 a 36 cm (ex: Cesáreas infectadas, incisões de dreno, lesões cutâneas, abscessos drenados, escaras infectadas exsudativas ou necrotizantes, úlceras venosas e varicosas, cirurgias de varizes, amputações com fechamento de bordas) limpas e secas), colostomias, ileostomias, gastrostomias.
7. **Curativo Grande Porte:** São corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação, a fim de que apresente melhores resultados funcionais.
8. **Curativo realizado em ferida grande:** variando de 36,5 a 80 cm (ex: Incisões contaminadas, grandes cirurgias – incisões extensas (cirurgia torácica, cardíaca), queimaduras (grau dois e três), toracotomia com drenagem, úlceras infectadas. Tratamento de feridas necrosadas ou com presença de fibrina: Úlceras de perna, Úlceras de pressão exsudativas e Úlceras de pé diabético infectadas. Todas as ocorrências de curativos extragrandes deverão obrigatoriamente constar de justificativa médica ou de enfermagem conhecedora dos tipos de coberturas especiais.

TAXA DE GASES			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60028424	AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 20,79
60028394	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 41,56
60028335	OXIGÊNIO	HORA	R\$ 52,99
60028572	PROTÓXIDO DE AZOTO	HORA	R\$ 47,14
40321053	DIÓXIDO DE CARBONO	HORA	R\$ 73,51
60028521	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 94,33

SALAS E PROCEDIMENTOS EM CENTRO CIRÚRGICO (CC)/ CENTRO OBSTÉTRICO (CO)/ SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (RPA)			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60021551	PORTE 0 ANESTESIA LOCAL CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 271,88
60033584	PORTE 1 + SALA DE RPA– CIRURGIA PEQUENA	TAXA	R\$ 418,20
60033592	PORTE 2+ SALA DE RPA– CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 580,55
60033606	PORTE 3+ SALA DE RPA– CIRURGIA MÉDIA	TAXA	R\$ 797,71
60033614	PORTE 4+ SALA DE RPA– CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 935,19
60033622	PORTE 5+ SALA DE RPA– CIRURGIA GRANDE	TAXA	R\$ 1.113,53

60033630	PORTE 6+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$1.291,43
60033649	PORTE 7+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$ 1.433,64
60033657	PORTE 8+ SALA DE RPA– CIRURGIA ESPECIAL	TAXA	R\$1.769,05
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E/OU SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (RPA)			

1. Compreende:

- 1.1. Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxolaminar e focos de luz;
- 1.2. Instrumental cirúrgico básico esterilizado; equipamentos básicos (mesas, hamper, focos cirúrgicos, carrinho de anestesia); roupa inerente ao centro cirúrgico/obstétrico descartável ou não (avental, máscara, gorro, propé, botas, escovas e campos cirúrgicos (exceto os campos cirúrgicos tipo Ioban, StareDrape e campo adesivo);
- 1.3. Antissépticos (solução detergente de PVPI a 10%, solução degermante de clorexidina a 4%, solução alcoólica, solução de álcool iodado de 0,5% a 1%, álcool 70% hipoclorito de sódio a 0,5%, água oxigenada ou peróxido de hidrogênio, formol, povidine e glutaraldeído) para assepsia/antisepsia (equipe/paciente);
- 1.4. limpeza e soluções para a desinfecção das salas de instrumentais; serviços de enfermagem;
- 1.5. antissepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica;
- 1.6. preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;
- 1.7. aparelho de radiografia, intensificador de imagem e seu transporte;
- 1.8. aparelho para tricotomia completo;
- 1.9. arco cirúrgico;
- 1.10. aspiração;
- 1.11. aspirador a vácuo ou elétrico;
- 1.12. bandejas de curativo, infiltração/punção articular;
- 1.13. bandeja de monitorização de pressão invasiva;
- 1.14. bandeja de cirurgia;
- 1.15. bandeja de sondagem vesical;
- 1.16. bandeja de dissecação/ punção lombar e de subclávia;
- 1.17. berço aquecido;
- 1.18. bisturi elétrico, bipolar, mono polar e argônio, (inclui-se a placa e a caneta descartável ou não);
- 1.19. bomba de Circulação Extracorpórea;
- 1.20. bomba de Infusão;
- 1.21. bomba de Infusão em seringa;
- 1.22. bomba para bota pneumática;
- 1.23. capa para vídeo e microscópio;
- 1.24. cal soldada;
- 1.25. capnógrafo;
- 1.26. craniótomo;
- 1.27. carro de anestesia;
- 1.28. desfibrilador e Cardioversor;
- 1.29. enxoval cirúrgico descartável ou não;
- 1.30. escova para degermação;

- 1.31. espéculo;
- 1.32. equipamento de vídeo para cirurgia e exame;
- 1.33. equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- 1.34. escadinha;
- 1.35. eletrocautério;
- 1.36. faixa smarch;
- 1.37. foco cirúrgico e auxiliar;
- 1.38. frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- 1.39. garrote pneumático;
- 1.40. halo craniano;
- 1.41. imobilização provisória;
- 1.42. instalação de soro;
- 1.43. ionizador;
- 1.44. irrigação Contínua;
- 1.45. kit de roupa de cama;
- 1.46. laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;
- 1.47. lâmina para esfregaço;
- 1.48. lavagem e Aspiração Traqueal, Gástrica, Intestinal, Retal;
- 1.49. limpeza e desinfecção do ambiente;
- 1.50. lupa Cirúrgica;
- 1.51. materiais descartáveis: gorro, touca, pro pés, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI e clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;
- 1.52. materiais permanentes: Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;
- 1.53. manta Térmica (aquecedor);
- 1.54. mesa de Mayo;
- 1.55. mesas Cirúrgicas contendo seus acessórios;
- 1.56. mesas auxiliares;
- 1.57. microscópio Cirúrgico e oftálmico;
- 1.58. monitor Simples e Multiparâmetro, inclui eletrodos;
- 1.59. monitor e sensor BISS;
- 1.60. oxímetro;
- 1.61. pulseira de identificação da mãe/recém-nascido;
- 1.62. perfurador elétrico e a gás;
- 1.63. raio-X portátil;
- 1.64. radioscopia;

- 1.65. realização de curativo;
- 1.66. respirador e filtro de qualquer tipo;
- 1.67. retirada de Gesso;
- 1.68. retirada de imobilização Provisória ou Não gessada;
- 1.69 sistema de Aspiração Fechado; 16.3.1.71serra Elétrica e de Stryker;
- 1.70. serviço técnico de apoio (Instrumentador e Circulante);
- 1.71 serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- 1.72. sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- 1.73. suporte para soro;
- 1.74. tracionador esquelético;
- 1.75. trépano elétrico;
- 1.76. tricotomia e material utilizado;

2.Não Compreende:

- 2.1. Medicamentos;
- 2.2. materiais, exceto os descritos como compreendidos;
- 2.3. honorários médicos. Estes serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante;
- 2.4. oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, dióxido de carbono, óxido nitroso; óxido nítrico e demais gases;
- 2.5. OPME e DMI.

TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
60024038	ALONGADOR FIXADOR	POR USO	R\$ 37,31
60024909	APARELHO CRIO-CAUTÉRIO	POR USO	R\$ 29,71
60024143	ARTROSCÓPIO	TAXA	R\$ 1.037,63
60025298	BALÃO INTRAÓRTICO (PRIMEIRA HORA)	1ª HORA	R\$ 170,06
60025301	BALÃO INTRAÓRTICO HORA SUBSEQUENTE	HORA SUBS	R\$ 60,24
60025492	BISTURI ELÉTRICO BIPOLAR (ELÉTRICO, BIPOLAR, DESTRONIX, MONOPOLAR)	POR USO	R\$ 68,66
60024259	COLEDOSCOPIO	TAXA	R\$ 94,75
60024828	GERADOR DE RÁDIO FREQUÊNCIA	TAXA	R\$ 144,65
60026154	MARCA PASSO EXTERNO	TAXA	R\$ 130,31
60028181	TRÉPANO-DRILL (GÁS)	TAXA	R\$ 19,94
70585105	PISTOLA PARA BIOPSIA PROSTATA/ RETAL	POR USO	R\$ 114,14
	NEFROSCÓPIO	TAXA	R\$ 580,00
60034041	TENDA	TAXA	R\$ 94,99

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - COVID 19	VALOR (por unidade)
40314618	COVID 19 "SARS-CoV-2 (CORONAVÍRUS COVID-19) pesquisa por RT – PCR (com diretriz de utilização).	R\$ 290,31

40314619	TESTE RÁPIDO - COVID19	R\$ 203,99
40314340	SOROLOGIA IGM, IGG e IGA – COVID 19	R\$ 274,25

CÓDIGO	EXAME LABORATORIAL - TOXICOLÓGICO	VALOR (por unidade)
40321134	DROGAS DE ABUSO, TRIAGEM - Pesquisa Toxicológica por amostra capilar	R\$ 198,04
40313140	ETANOL-Pesquisa de Álcool por amostra de sangue	R\$ 33,12

NUTRICIONISTA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 122,95

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA

1. Observações para autorização:

1.1. A consulta na área de nutrição e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva).

1.2. As consultas na área de nutrição ambulatorial e domiciliar limitam-se a 01 (uma) sessão individual mensal, exceto nos casos de atendimento de assistência e internação domiciliar.

1.3. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

1.4. O paciente terá direito a doze consultas, por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:

1.4.1. Crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso/altura);

1.4.2. Jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/altura);

1.4.3. Idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (IMC < 22 kg/m²);

1.4.4. Pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;

1.4.5. Pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC > ou igual a 25 kg/m²) com mais de 16 anos;

1.5. Pacientes ostomizados;

1.6. Após cirurgia gastrointestinal;

1.7. O paciente terá direito a dezoito consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

1.8. Para todos os casos não enquadrados nos critérios acima: 6 (seis) consultas de nutrição por ano, desde que justificadas clinicamente.

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA (1ª AVALIAÇÃO) EM CONSULTÓRIO	R\$ 136,61
20103433	SESSÃO AMBULATORIAL SUBSEQUENTE	R\$ 110,27

COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA

1. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável;

2. O paciente terá direito a **vinte e quatro consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo

menos um dos seguintes critérios:

- a) Taquifemia (CID F98.6);
- b) Pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- c) Pacientes portadores de anomalias dento faciais (CID K07);
- d) Pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- e) Dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- f) Pacientes com apnéia de sono (CID G47.3);
- g) Pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (CID T20);
- h) Pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (CID T27);
- i) Pacientes com queimadura de boca e da faringe (CID T28.0);
- j) Pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

2. O paciente terá direito a **quarenta e oito consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- k) Pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F98.5);
- l) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80);
- m) Pacientes com casos de disfagia nos casos em que haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- n) Pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria, apraxia e dislexia (CID R47.1, R48.2 e R48.0);
- o) Pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe, pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe, carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38, CID Z96.3, CID D14.1, CID D02.0);
- p) Pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto n.º 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- q) Pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

3. O paciente terá direito a **noventa e seis consultas/sessões, por ano**, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- r) Portadores de Implante Coclear;
- s) Pacientes portadores de Prótese Auditiva Ancorada no Osso;
- t) Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento – Autismo (CID F84);
- u) Pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).

4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima: **12 consultas/sessões por ano**, desde que justificadas clinicamente.

PSICOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000462	CONSULTA EM CONSULTÓRIO (1ª AVALIAÇÃO)	R\$ 103,15
50000470	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 93,71
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM PSICOLOGIA		
1. A consulta na área de psicologia e a avaliação inicial para tratamento corresponderão a uma consulta em consultório, realizada no horário normal ou preestabelecido (eletiva). 2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviar a Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável. 3. O paciente terá direito a doze consultas por ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios: (conforme CID) a) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização masculina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento; b) Pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento; c) Pacientes candidatos à cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento; d) Pacientes ostomizados e estomizados. e) Pacientes candidatos à cirurgia de esterilização feminina e que se enquadram nos critérios de utilização do procedimento; 4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, até 24 sessões seriadas de psicoterapia por ano poderão ser autorizadas, mas somente quando indicadas por Psiquiatra, mediante relatório especializado encaminhado para a auditoria prospectiva, e quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, a seguir: a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (CID F40 a F48); b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos (CID F51 a F59); c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98); d) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico (CID F80, F81, F83, F88, F89); e) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F30 a F39). 5. Nas localidades onde houver Psiquiatra do COMAER, o relatório especializado a que se refere a alínea “e” do item 5.7.3.5 deve ser emitido obrigatoriamente por esse profissional.		

TERAPIA OCUPACIONAL		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
10101012	CONSULTA EM CONSULTÓRIO	R\$ 85,18
50000080	SESSÃO SUBSEQUENTE	R\$ 81,00
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL		
1. Para os serviços de terapia ocupacional será utilizada a tabela do Referencial de Custos, após		

solicitação do oficial militar.

2. Para fins de comprovação da realização do atendimento, o credenciado deverá enviara Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) com as respectivas datas e assinatura do paciente/responsável.

3. O paciente terá direito a doze consultas/sessões, por ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 a F03);
- b) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 a F79);
- c) Pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82 e F83);
- d) Pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 a G99);
- e) Pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 aM99).

FISIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000144	CONSULTA FISIOTERAPIA AMBULATORIAL	R\$ 131,49
50000160	Sessão para assistência fisioterapêutica AMBULATORIAL no paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético.	R\$ 117,24
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
1. Para os serviços de FISIOTERAPIA AMBULATORIAL será utilizada este tabela do Referencial de Custos, e a cobrança será da seguinte forma:		
a) O encaminhamento será feito por oficial médico;		
b) Para fins de comprovação da realização das sessões, o credenciado deverá enviar a GAB com as respetivas datas e assinatura do paciente/responsável; e		
c) Até 20 (vinte) consultas/sessões de fisioterapia para cada novo CID apresentado pelo paciente. As sessões serão autorizadas em conjuntos de até 10 (dez). Prorrogações adicionais necessitarão da construção de novo diagnóstico fisioterapêutico.		

3. RADIOFÁRMACOS E MEDICAMENTOS (INCLUSIVE USO RESTRITO HOSPITALAR E ANTINEOPLÁSICOS)

3.1. Para exames que não preveem o uso de contraste somente será pago o seu valor se estiver prescrito na requisição médica, ou a justificativa médica do serviço credenciado.

3.2. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes, o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

3.3. Não será coberto o uso sistêmico de inibidores de bomba de próton parenteral em pacientes com via oral disponível.

4. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

4.1. Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, nos quais sejam necessários uso de filme radiológico, adota-se a tabela definida anualmente pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente na época do atendimento, para o cálculo

do valor máximo do filme.

4.2. Os exames radiológicos são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informado na fatura a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado de acordo com a GAB. Se houve necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa médica junto com a fatura.

4.3. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM acordada, poderá ser adotada a próxima edição cujo procedimento esteja contemplado, mantendo o deflator de 20% sobre o UCO e PORTE.

5. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

5.1. O Termo de Referência define quais itens serão precificados de acordo com a CBHPM, sendo remunerados com o porte da tabela CBHPM-2014, considerando o valor de Unidade de Custo Operacional (UCO) de R\$ 16,15 (dezesesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

5.2. Foi escolhida a tabela CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – por ser uma lista hierarquizada, com padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar que contempla todas as especialidades, conforme Resolução CFM 1.673/03. Quanto ao ano, foi escolhida sua versão 2014 em decorrência desta apresentar os valores mais próximos aplicados no mercado da região.

5.3. Com relação ao deflator, segue texto constante na tabela CBHPM:

“Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes (CBHPM, 2014, p. 17).”

5.3.1. Sendo assim, foi considerado o máximo percentual deflator utilizado, 20% em cima do Porte e UCO.

5.4. A tabela CBHPM é confeccionada por uma câmara técnica permanente pertencente à Associação Médica Brasileira, sendo que no processo participam as seguintes entidades:

5.4.1. Conselho Federal de Medicina, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Federação Médica Brasileira, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Instituto Brasileira de Defesa ao Consumidor, Federação Nacional dos Médicos, etc (fonte:<amb.org.br>, acessado em 20/08/2020). Sendo assim, há entidades que dão suporte para a confecção e lisura dos preços acordados.

5.5. A Unidade de Custo Operacional (UCO) foi adotada para o cálculo dos custos, incorporando depreciação de equipamentos,

manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento e outras despesas relacionadas aos procedimentos.

5.6. Para obter o preço sugerido pela CBHPM para cada procedimento, é necessário um cálculo, na qual é previsto a aplicação de deflator de até 20%, conforme especificado no item anterior.

5.7. Será pago 9,67% em cima do valor final dos códigos pagos conforme CBHPM 2014, devido ao reajuste acumulado do IPCA de 2023 e 2024.

HONORÁRIOS DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS E SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

VALORES DE PORTE – CBHPM 2014							
1A	R\$ 14,49		5C	R\$ 328,54		10B	R\$ 1.088,81
1B	R\$ 28,97		6A	R\$ 357,84		10C	R\$ 1.208,51
1C	R\$ 43,47		6B	R\$ 393,51		11A	R\$ 1.278,56
2A	R\$ 57,96		6C	R\$ 430,43		11B	R\$1.402,08
2B	R\$ 76,40		7A	R\$ 464,82		11C	R\$ 1.538,35
2C	R\$ 90,42		7B	R\$ 514,48		12A	R\$ 1.594,37
3A	R\$ 123,55		7C	R\$ 608,70		12B	R\$ 1.714,08
3B	R\$ 157,87		8A	R\$ 657,11		12C	R\$ 2.099,93
3C	R\$ 180,83		8B	R\$ 688,94		13A	R\$ 2.311,33
4A	R\$ 215,22		8C	R\$ 730,96		13B	R\$ 2.535,46
4B	R\$ 235,60		9A	R\$ 776,82		13C	R\$ 2.804,16
4C	R\$ 266,16		9B	R\$ 849,41		14A	R\$ 3.125,07
5A	R\$ 286,52		9C	R\$ 935,98		14B	R\$ 3.400,15
5B	R\$ 309,45		10A	R\$ 1.004,76		14C	R\$ 3.750,34
UCO – R\$ 16,15							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

6. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

6.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela BRASÍNDICE para a precificação. Será utilizada a tabela vigente na ocasião do atendimento, observando a coluna de Preço Fábrica.

6.2. A tabela BRASÍNDICE foi escolhida por ser um guia farmacêutico indicador de valores de medicamentos, soluções parenterais e materiais hospitalares, que tem incorporado os códigos TUSS gradualmente e é publicada por empresa especializada, na qual consta o preço de

medicamentos vendidos no Brasil, sendo reconhecida no meio hospitalar, de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

6.3. O mercado não utiliza a tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela BRASÍNDICE, conforme ANEXO A

6.4. Ressalta-se que a precificação de medicamentos, não se trata de uma compra e venda, e sim, o ressarcimento dos insumos para a prestação dos serviços contratados, não modificando a natureza da contratação, que é de serviço.

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

7.1. O Termo de Referência define quais itens adotarão a tabela SIMPRO. Sua precificação será utilizando o Preço de Fábrica, em vigor no período do atendimento/internação, aplicando-se um deflator de 20%.

7.2. A SIMPRO foi escolhida por ser um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro ANVISA, código TUSS, classificação, embalagem, e outros), direcionado a compras, faturamento, licitações, análise e auditoria de contas médico-hospitalares, sendo reconhecida no meio hospitalar de forma que a maior parte dos contratos de prestação de serviços hospitalares a tem como referencial para precificação, pois reflete o valor praticado no mercado de serviços de saúde.

7.3. Para confirmar o exposto, foi realizada uma pesquisa de mercado, questionando os principais prestadores de serviços de saúde na região (Irmandade Santa Casa de Lorena, Hospital Maternidade Frei Galvão, serviço de atenção domiciliar HN Home Care, Santa Casa de Pinda, Santa Casa de Guaratinguetá, Centro Hospitalar de Guaratinguetá Da Vinci, Certho, Santa Casa de São José dos Campos, Associação Instituto Chuí de Psiquiatria, Radimage, Vila Romana), verificando a ampla utilização da tabela SIMPRO, conforme ANEXO A.

7.4. O mercado, na região abrangida, exige a precificação por meio da tabela SIMPRO, aceitando até 20% de deflator, pratica seguida também pelos planos e operadoras de saúde privados.

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TAXA DE COMPENSAÇÃO PELA MANUTENÇÃO DE ESTOQUE

8.1. Esta taxa diz respeito ao custo do hospital em manter em estoque os medicamentos utilizados pelo paciente, tais como manutenção predial da farmácia, climatização do local de armazenamento, transporte interno, frete (transporte externo), energia elétrica; administração, controle e organização do estoque de medicamentos; mobiliário, equipamentos para acondicionamento e conservação, segurança, deterioração de materiais, custo de oportunidade (capital mobilizado), e os demais custos relacionados.

8.2. Foi adotado o percentual de 10% sobre o valor de nota fiscal para OPME e Medicamentos oncológicos e Imunobiológicos, visto cobrir os custos indiretos relacionados, conforme descrito no Termo de Referência.

9. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

9.1. Para materiais será utilizada a tabela SIMPRO que é um banco de dados de materiais e medicamentos, utilizado como referência de informações (preço, apresentação, registro na ANVISA, código da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, classificação, embalagem e outros), destinada a compras, ao faturamento, as licitações, a análise e a auditoria de contas médico-hospitalares.

9.2. Os materiais serão consultados na tabela SIMPRO, em vigor no período do atendimento/internação, e quando não encontrados a CREDENCIADA deverá apresentar a respectiva Nota Fiscal (NF) para melhor conferência, aplicando-se um deflator de 20%.

9.3. Apósito é definido como material penso, curativo, compressa ou emplastro que se põe sobre lesão ou ferimento.

9.4. O material médico cirúrgico descartável é o material de consumo hospitalar usado no dia a dia de atendimentos médicos e que não podem ser reutilizados.

9.5. JELCOS e SCALPS: Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.6. LÂMINA DE SHAIVER (no caso da lâmina com diâmetro menor de 03 (três) mm, a embalagem deverá estar anexada para pagamento integral), desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.7. LUVA ESTÉRIL: Será pago somente para procedimento estéril, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.8. MICROPORE e ESPARADRAPO: Será pago conforme indicado por procedimento, 30 (trinta) cm para acesso venoso de adulto e 20 (vinte) cm para criança, estará sujeito a glosacaso de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.9. PERFUSORES e TORNEIRINHAS: Será pago a cada 72 (setenta e duas) horas para sua troca ou a cada punção de acesso. Em situações especiais deverá ter o uso justificado, desde que não esteja incluso no PACOTE.

9.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas,

agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

10. OPME (ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS):

10.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (**OPME**) são insumos utilizados na assistência à saúde, relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

10.2. O procedimento cirúrgico deverá estar listado no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde da ANS. O profissional assistente deverá justificar clinicamente a sua indicação, incluindo as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais – OPME, oferecendo, no mínimo, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas, com a indicação dos seus preços de aquisição. Materiais de origem estrangeira que possuem registro válido na ANVISA serão considerados nacionalizados. Para a escolha do material e liberação do procedimento, será considerado o menor valor dentre os 03 (três). (Conforme Anexo 1).

10.3. Para o pagamento, será acrescida a taxa de compensação pela manutenção de estoque.

10.4. Para a análise dos orçamentos será exigido o descritivo do material com o respectivo código da ANVISA, logomarca do fornecedor, endereço e telefone da empresa fornecedora. Ao prontuário do paciente, deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/etiqueta/lacre de controle ou identificação com número, de forma a confirmar sua utilização, além de notafiscal de todos os materiais a serem utilizados.

10.5. Os orçamentos deverão ser enviados pela CONTRATADA para o e-mail funsa.esgw@fab.mil.br, no prazo de 10 (dez) dias úteis de antecedência à utilização para procedimento eletivo, a fim de viabilizar os processos de auditoria e análise, com as informações conforme formulário de solicitação de autorização para OPME (Anexo 1).

10.6. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/emergência, quando não houver a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível.

10.7. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada à SFUNSA, pelo e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br em até 02 (dois) dias úteis após a realização do procedimento, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME.

10.8. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria retrospectiva e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

10.9. Deverá ser anexada a embalagem ou rótulo/selo/lacre de controle ou identificação com número, no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização.

10.10. Fica definido o valor mínimo de OPME/Medicamentos de alto custo em R\$ 500,00 (quinhentos reais), não sendo necessária a solicitação de autorização

prévia para valores inferiores.

10.11. É proibida a substituição ou troca de OPME previamente autorizado, excetuando-se os casos comprovadamente de intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico.

10.12. Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica, a CREDENCIADA deverá comunicar ao GSAU-GW por escrito, através do e-mail *funsa.esgw@fab.mil.br*, em até 48 (quarenta e oito) horas úteis.

10.13. Falhas administrativas por parte da CREDENCIADA não serão consideradas como justificativa para troca de OPME, podendo resultar em glosa dos valores excedentes ao autorizado.

10.14. Para procedimentos cirúrgicos que envolvam utilização de OPME, é necessária a realização de radiografia ou outro exame que comprove a sua utilização, após o procedimento cirúrgico, estando assim sujeito a glosas.

11. MATERIAIS REPROCESSADOS

11.1. Para a utilização de material reprocessado, deverá seguir a normatização estabelecida pela ANVISA com atenção aos critérios para a proibição do processamento de um produto para saúde.

11.2. O material será considerado passível de reprocessamento, basicamente se as duas condições a seguir não forem evidenciadas:

11.3. Se o material constar da lista publicada pela RE/ANVISA 2605, de 11 de agosto de 2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, cujo reprocessamento é proibido; e

11.4. A rotulagem do produto apresentar os dizeres “Proibido Reprocessar”, conforme estabelece a RDC/ANVISA nº 156, de 11 de agosto de 2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

11.5. O valor a ser pago, e desde que comprovada a sua utilização em boletim de sala dos atos cirúrgicos e procedimentos de SADT, e será remurada 1/3 do valor constante na tabela SIMPRO.

12. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

12.1. Os seguintes materiais deverão ser considerados inclusos em itens já relacionados neste projeto básico, não podendo ser cobrados separadamente:

- a) Absorvente higiênico;
- b) Adesivo para fixação (micropore, esparadrapo, fita crepe, filmes transparentes);
- c) Água oxigenada;
- d) Algodão;
- e) Aquecedor e manta térmica;
- f) Bacia plástica;
- g) “Band-aid” ou curativos similares;
- h) Bandeja para raquianestesia;
- i) Bisturi descartável;
- j) Blood stop e equivalentes;

- k) Blusas descartáveis;
- l) Bolsa de água quente;
- m) “Bom ar” ou produtos similares;
- n) Bomba para ordenha;
- o) Borracha de silicone;
- p) Cabo bipolar;
- q) Cadeira de apoio para banho;
- r) Calçados ortopédicos;
- s) Campo cirúrgico operatório de qualquer tipo descartável ou esterilizável;
- t) Caneta para bisturi descartável;
- u) Cânula de Guedel;
- v) Capa de vídeo;
- w) Capa para microscópio;
- x) Cinta lombar;
- y) Colete lombar;
- z) Colchão de quaisquer tipo (piramidal, pneumático, casca de ovo e etc);
- aa) Compressa cirúrgica;
- bb) Conexão para aspiração, bomba e pressão;
- cc) Copo descartável;
- dd) Cotonete e cotonóide – pago apenas para oftalmologia;
- ee) Creme dental;
- ff) Chuca/chupeta;
- gg) Degermantes e soluções para assepsia ou limpeza de superfícies;
- hh) Despesa de frigobar;
- ii) Dispositivo anti-trombolítico;
- jj) Eletrodos (exames e monitorização)
- kk) Escova de degermação;
- ll) Escova de dente;
- mm) Espéculo descartável;
- nn) Esponja para banho;
- oo) Estabilizador de tornozelo;
- pp) Éter benzina e tintura de iodo;
- qq) Extensor para aspirador (qualquer tipo);
- rr) Extensor para gasoterapia (qualquer tipo);
- ss) Faixa elástica pós-operatória;
- tt) Filme endoscópio;
- uu) Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas;
- vv) Fitas de vídeo e CD, DVD;
- ww) Fixador de sonda;
- xx) Fixador de tubo traqueal;
- yy) Fixador externo (ortopedia);
- zz) Formol;
- aaa) Fralda descartável;

bbb) Frascos para exame;
ccc) Frasco coletor de secreção (vidro ou plástico)
ddd) Gaze radiopaca;
eee) Gaze não estéril;
fff) Gel para biométrica;
ggg) Gerador de tecnécio;
hhh) Gesso sintético;
iii) Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças;
jjj) Imobilizador;
kkk) Instrumento para tricotomia e barbear;
lll) Lençol descartável;
mmm) Lenço umedecido;
nnn) Luva para aparelho de laparoscopia;
ooo) Luva de procedimento;
ppp) Loções hidratantes;
qqq) Manta de qualquer material, tipo ou finalidade;
rrr) Manteiga de cacau;
sss) Máscara laríngea;
ttt) Material de banho do RN;
uuu) Meia elástica, cinta, atadura e calça elástica;
vvv) Mercúrio de prata;
www) Micro por espaçador;
xxx) Muletas;
yyy) Pasta gel;
zzz) Plug-adaptador com ou sem membrana para administração de medicamentos;
aaaa) Papel higiênico;
bbbb) Pijama descartável;
cccc) Pulseira de identificação;
dddd) Protetor labial e auricular;
eeee) Redutor trocáter;
ffff) Sabonete;
gggg) Sandálias para gesso e/ou palmilha para calcâneo;
hhhh) Sensor infantil neonatal;
iiii) Sensor para oxímetro;
jjjj) Talco;
kkkk) Tampa cone Luer;
llll) Tampa oclusora macho e fêmea (Combi-red / tampa para soro);
mmmm) Tapoin;
nnnn) Termômetros;
oooo) Tipóias;
pppp) Toalha descartável e demais produtos com finalidade higiênica e cosmética.
qqqq) Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

13. NOTAS COMPLEMENTARES:

- 13.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 13.2. Será paga a diária de internação do dia do óbito, se o mesmo ultrapassar mais de 6 horas de permanência;
- 13.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados de urgência, necessitarão ter autorização prévia do FUNSA do GSAU-GW.
- 13.5. Não será pago taxa de coleta de exames, e materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.
- 13.6. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
- 13.7. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o resultado devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria “*in loco*”.
- 13.8. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizados em quantidade superior a duas tentativas por profissional, conforme as Novas Recomendações da ANVISA que Garantem Segurança na Assistência, anexando as embalagens.
- 13.9. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.
- 13.10. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, conforme descrito neste Referencial de Custo.
- 13.11. No aparelho de anestesia (uso) está incluído o uso do monitor de oximetria de pulso e monitor de capnografia, não sendo pago para anestesia local ou sedação simples.
- 13.12. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 13.13. Os dispositivos tipo torneira de 3 vias serão pagos somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações. Em bloco cirúrgico, não serão cobertas quando estiverem cobrando junto com equipo com injetor lateral.
- 13.14. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá apresentar justificativa.
- 13.15. A troca de cateter de *Swan-Ganz* será pago 01 (uma) por internação. Sua troca deverá ser justificada pelo médico e embalagem do produto anexada no prontuário do paciente.
- 13.16. Taxa de curativo será remunerada somente em atendimento ambulatorial e que inclui material e medicamentos utilizados. Quando o paciente estiver internado (Enfermaria, Quarto e UTI), remunera apenas a medicação e materiais utilizados e coberturas especiais.
- 13.17. ÁGUA DESTILADA, será paga: para dispositivos respiratórios, até 01 (um) frasco de 500(quinhentos) ml/ dia.
- 13.18. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.
- 13.19. O CREDENCIADO ficará ciente de que as visitas concorrentes realizadas pela equipe do credenciante ocorrerão sempre que necessárias e/ou nos casos de internação de emergência/urgência, sendo avisados antecipadamente por contato

telefônico, a fim de realizar avaliação clínica do usuário e averiguação de possível transferência para o hospital do credenciante.

ANEXO A – PESQUISA DE MERCADO

ESTUDO DE MERCADO					
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA SIMPRO	MOTIVO DO NÃO USO DA SIMPRO	DEFLATOR %	SIMPRO para OPME
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	SIM	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA SIMPRO	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 20%
HN HOME CARE	HOME CARE	SIM	*	10,00%	20,00%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	Simpro Pura	*	Sem Deflator (utiliza-se pura)	Não. OPME é NF + 15%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	SIM	*	20,00%	Não. OPME é NF + 10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	SIM	*	10%	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	SIM	*	PLENA(SEM DEFLATOR)	Não. OPME é NF + 15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Sim	Não aplicável	20	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	Sim	*	20	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	SIM	*	20	Não. OPME é NF + 10%

ESTUDO DE MERCADO						
PRESTADOR PESQUISADO	ESPECIALIDADE	TABELA CMED	MOTIVO DO NÃO USO DA CMED	BRASÍNDICE	MEDIC. RESTRITO HOSP	NF + %
HOSPITAL MATERNIDADE FREI GALVÃO	HOSPITAL	NÃO	PARAMETRIZADO PARA TODOS TABELA BRASINDICE	BRASÍNDICE PMC	PF+30%	NF+30%
HN HOME CARE	HOME CARE	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+20%
SANTA CASA DE PINDA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	Brasíndice PF + 10%	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA GUARÁ	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
CENTRO HOSPITALAR DE GUARATINGUETÁ DA VINCI	HOSPITAL DIA	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (PF +10%)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA LORENA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de fábrica)	PF	NF
CERTHO	Oncologia Clínica, Hematologia, Mastologia, Quimioterapia, Pulsoterapia e Dispensação de Medicamentos de Uso Oral (Hormonioterapia e Quimioterapia)	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%
SANTA CASA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 20%	NF+15%
ASSOCIAÇÃO INSTITUTO CHUI DE PSIQUIATRIA	HOSPITAL	Não	Utilização do Brasíndice	Brasíndice PMC	Brasíndice PF + 10%	Nota fiscal + 10%
RADIMAGE	RADIOTERAPIA	*	*	*	não usamos	*
VILA ROMANA	HOSPITAL	NÃO	Utilizado Brasíndice	SIM (Preço de mercado)	PF + 10%	NF+10%

ANEXO 1 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE OPME

SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE OPME

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO – ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS E MEDICAMENTOS ESPECIAIS

NOME DO BENEFICIÁRIO:		
SARAM:		DATA DO PROCEDIMENTO:
AMBULATORIAL:	() SIM () NÃO	
NOME DO MÉDICO SOLICITANTE:		
CRM:		ASSINATURA DO MÉDICO:
CID DA PATOLOGIA		
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS		
JUSTIFICATIVAS:		

1º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
2º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
3º ORÇAMENTO	
DESCRIÇÃO	
Nº REGISTRO ANVISA	
FORNECEDOR	
QUANTIDADE	
VALOR UNITÁRIO	
VALOR TOTAL	
OBSERVAÇÕES	
Parecer da Seção de Auditoria do ES-GW:	
Nome e Assinatura do Auditor:	
data: ____/____/____ Tel Contato:	