



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
GRUPO DE SAÚDE DE GUARATINGUETÁ

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INTERNAÇÃO CLÍNICA E ESPECIALIZADA HOSPITALAR

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento complementa a internação clínica e especializada hospitalar, precificação dos serviços, medicamentos, materiais e procedimentos abrangidos pelo credenciamento de Organizações Civis 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. A internação clínica e especializada hospitalar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista ao atendimento hospitalar 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.

1.5. Composição das taxas:

1.5.1. **Quarto Semi-privativo: (02 leitos):** composto de quarto coletivo com banheiro coletivo, sem acompanhante, exceto os previstos em lei e mobiliário necessário.

1.5.2. **Quarto Privativo (01 leito):** aposento com banheiro privativo, acomodação para acompanhante, ar-condicionado, telefone e frigobar.

1.5.3. **Berçário de cuidados semi-intensivos/patológico:** quarto para atendimento a recém-nascidos com patologias que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).

1.5.4. **Hospital-Dia:** compreende a ocupação de um leito por um tempo máximo de até 12 (doze) horas, independente do horário de admissão ou do tipo de atendimento prestado.

1.5.4.1. Para os pacientes que permanecerem internados por um período inferior a 12 (doze) horas, será cobrado a modalidade de HOSPITAL DIA.

1.5.4.2. Para os pacientes internados na modalidade de HOSPITAL DIA, as acomodações obedecerão aos padrões de quarto privativo e semi-privativo.

1.5.5. **Diária Hospitalar:** Entende-se por diária hospitalar a admissão do paciente pela enfermagem e a ocupação de um leito de internação por um período de tempo a partir de 12 (doze) horas.

1.5.6. **Isolamento:** alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão de controle de infecção hospitalar.

1.5.7. **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, com presença médica permanente, de acordo com a Portaria nº 3.432 de 12/08/98 do Ministério da Saúde, em vigor.

1.5.8. **Alojamento Conjunto:** mãe internada e recém-nascido acomodados no mesmo aposento, indiferente de onde forem realizados os procedimentos padrões no recém-nascido.

1.5.9. As unidades hospitalares que não tiverem acomodações específicas para o posto/graduação acima descritos poderão internar em acomodações similares ou superiores, porém a cobrança deverá ser efetuada baseada nos padrões de acomodações acima descritos e conforme o plano de cada beneficiário.

1.6. São considerados assistência de enfermagem:

1.6.1. Preparo e administração de medicamentos por todas as vias, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas orais, gastrostomias, jejunostomias, enterais e parenterais;

1.6.2. Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva e invasiva, verificação de Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intrabdominal (PIA), capnografia, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via);

1.6.3. Controle de balanço hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC e de gerador de marca-passo, dentre outros;

1.6.4. Banho no leito, de imersão ou de aspersão;

1.6.5. Instalação e controle de monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos e de glicemia;

1.6.6. Manutenção da permeabilização de cateteres, tricotomia, curativos, mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;

1.6.7. Serviço de enfermagem do procedimento;

1.6.8. Assepsia e antisepsia (inclui a equipe, paciente e inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis);

1.6.9. Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;

1.6.10. Esterilização/desinfecção de instrumentais;

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

1.6.12. Cuidados e higiene pessoal do paciente e desinfecção ambiental (está incluído o material utilizado);

1.6.13. Preparo de corpo em caso de óbito;

1.6.14. Transporte dos equipamentos, como Raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;

1.6.15. Enfaixamento e Contenção;

1.6.16. Prescrição/Anotação de Enfermagem;

1.6.17. Verificação de medidas antropométricas;

1.6.18. Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, pro pé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32. (base legal: NR6, NR9, NR32);

1.6.19. Coleta de exames laboratoriais.

1.7. Taxas de sala

1.7.1. Para o pagamento de todas as despesas realizadas no centro cirúrgico e sala de recuperação pós-anestésica; hemodinâmica; quimioterapia; e pronto socorro/pronto atendimento será obrigatório o preenchimento dos seguintes critérios:

1.7.2. Identificação completa e legível do paciente nos impressos: boletim anestésico, descrição

cirúrgica, folha de transoperatório de enfermagem e de admissão em Sala de Recuperação Pós-anestésica;

1.7.3. Data, hora do início e término do ato cirúrgico e da anestesia; Equipe envolvida devidamente identificada no boletim anestésico e na descrição cirúrgica;

1.7.4. Assinatura e número do registro no Conselho Profissional de Classe dos profissionais que efetivamente participaram do ato cirúrgico e anestésico nas respectivas folhas de registro;

1.7.5. Descrição legível e detalhada, sem rasuras, da técnica anestésica, técnica cirúrgica, incluindo órteses e próteses, materiais especiais utilizados e suas quantidades;

1.7.6. No boletim anestésico deverá constar a descrição legível, sem rasuras, das medicações, infusões por via parenteral, gases e materiais com as quantidades utilizadas durante o ato cirúrgico. Deverá ser registrado o tempo de gases e inalantes utilizados como respectivo preenchimento do gráfico específico;

1.7.7. Na folha de prescrição médica deverão estar registrados pela equipe de enfermagem, a data, o horário, a checagem das medicações, soluções, gases, materiais e os equipamentos utilizados;

1.7.8. Não serão aceitas anotações e checagem de medicações apresentadas com rasuras;

1.7.9. Anotar todos os equipamentos utilizados durante o ato anestésico e cirúrgico;

1.7.10. Não será aceita, para fins de cobrança, a prescrição de medicamentos em folha de gastos de sala cirúrgica, mesmo que a referida esteja assinada pelo médico-assistente;

1.7.11. Quando for realizado mais de um procedimento, simultaneamente, seja a mesma equipe ou equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, será paga uma única taxa de sala, a qual corresponde à cirurgia de maior porte;

1.7.12. Não será paga taxa de reprocessamento de material;

1.7.13. Nas cirurgias infectadas, não será cobrado nenhum acréscimo no valor da taxa de sala;

1.7.14. Considera-se no honorário do anestesiológico:

1.7.14.1. no Aposento: visita pré-anestésica incluindo a prescrição, com letra legível e sem rasuras;

1.7.14.2. no Centro Cirúrgico: prescrição com letra legível, sem rasuras, e administração de medicações, soluções, hemoderivados, gases, monitorização clínica e manejo de vias aéreas; e

1.7.14.3. na Sala de Recuperação Pós-Anestésico: prescrição de forma legível e sem rasuras de medicamentos, soluções, hemoderivados, gases utilizados, monitorização clínica até a recuperação da consciência, estabilidade dos parâmetros vitais e a alta da sala de recuperação pós-anestésico.

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.

2.1.3. 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.

DIÁRIAS DE ACOMODAÇÃO EM CLÍNICA		
CÓDIGO	TIPO	VALOR
01	APARTAMENTO INDIVIDUAL	R\$ 788,92
02	ENFERMARIA SIMPLES – ALOJAMENTO CONJUNTO	R\$ 429,86
03	DIÁRIA DE ISOLAMENTO ENFERMARIA ADULTO/PEDIATRIA	R\$ 774,22
04	HOSPITAL – DIA ENFERMARIA	R\$ 486,95
05	BERÇÁRIO SIMPLES	R\$ 294,25
06	BERÇÁRIO DE CUIDADOS SEMI INTENSIVOS/PATOLÓGICO	R\$ 732,16
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE DIÁRIAS HOSPITALARES		
1. Diárias Básicas (Quarto privativo, quarto semi-privativo, quarto semi-privativo psiquiátrico, berçário semi-intensivo e alojamento conjunto):		
1.1. Compreende:		
a) Serviço de Governança e Hotelaria dos acompanhantes previstos em Lei;		
b) Aposentos com móveis padronizados (ex.: cama, berço comum);		
c) Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhante (no caso de direito a acompanhante), conforme padrão interno;		
d) Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção		

do ambiente;

e) Dieta do paciente por via oral e administração oral.

f) Cuidados de enfermagem;

g) Paramentação (máscara, gorro, pro pé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e paciente;

h) Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; algodão para medicação parenteral e punções venosas; antissépticos em geral, curativos pós-aplicação/punção, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;

i) Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

j) Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, pasta dental, sabonete, creme/loções/óleo hidratantes, higienizante bucal, lâmina de barbear;

k) Serviços e taxas administrativas (registro do paciente, da internação, documentação do prontuário, troca de apartamento, transporte de equipamentos), cuidados pós-morte;

l) Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), inclusive os de uso em preparo e administração de Quimioterapia (luvas para proteção contra riscos biológicos e físicos, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental e gorro);

m) Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito;

n) Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão;

o) Monitor multiparâmetro, que no mínimo forneça oximetria, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura corporal; inclui eletrodos;

p) Oxímetro de pulso;

q) Gasômetro;

r) Capnógrafo;

s) Cama hospitalar de qualquer tipo;

t) Todos os tipos de colchões (piramidal e pneumático) e seu protetor de quaisquer tipo;

u) Desfibrilador e cardioversor;

v) Bombas de infusão;

w) Aspirador a vácuo, elétrico ou ultrassônico;

x) Coletor de secreção de qualquer tipo;

y) Bandejas de curativo, infiltração/punção articular;

z) Bandeira de monitorização de pressão invasiva;

aa) Bandeira de pequena cirurgia;

bb) Bandeira de sondagem vesical;

cc) Bandeira de dissecação/ punção lombar e de subclávia;

dd) Tracionador esquelético;

ee) Nebulizador/ Inalador (aparelho e kit) e gases para nebulização;

ff) Incubadora e berço aquecido;

- gg) CPAP Nasal, umidificador neonatal e capacete de HOOD (aparelhos e circuitos);
- hh) Equipamentos para Fototerapia (Convencional/ Bilispot/ bilitron/biliberço/ entre outros);
- ii) Transporte e taxa de utilização de equipamentos em UTI, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico e Pronto-Socorro: aparelho de radiografia, eletrocardiógrafos, ultrassonografia, desfibrilador, monitores, endoscópios;
- jj) Necrotério e a sala de necrópsia;
- kk) Estão inclusos os demais materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente em todas as acomodações (respirador/ventilador mecânico, monitor multiparâmetro e oxímetro de pulso e sonar).
- ll) Não será permitida a cobrança de taxas de sala para Serviço Técnico de Apoio a Diagnose e Terapia (SADT) e tratamentos especializados realizados à beira do leito;
- mm) Não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;
- nn) Avaliação e acompanhamento pelo nutricionista;
- oo) Honorários médicos durante as emergências/ intercorrências clínicas. Estes, só serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante; e
- pp) A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento, quando realizados no mesmo momento. Não cabe a remuneração do procedimento durante a aplicação de medicamentos.

1.2. Não Compreende:

- a) Dietas enterais industrializadas, parenterais manipuladas e suplementos especiais, com autorização prévia, via sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, via oral;
- b) Enfermagem particular que deverá ser cobrada diretamente do paciente ou responsável;
- c) Materiais descartáveis não relacionados como compreendidos;
- d) Medicamentos;
- e) Hemocomponentes e hemoderivados;
- f) Equipamentos e aparelhos para tratamento e diagnóstico;
- g) Oxigênio, nitrogênio, ar comprimido, óxido nitroso (protóxido de azoto), óxido nítrico, demais gases e vácuo; excluindo os utilizados em nebulização/inalação;
- h) Exames para diagnóstico (exceto os exames a seguir que não pagos, conforme respectivas Leis - Teste da Orelhinha conforme Lei 12.303 de 02 de agosto de 2010; Teste do Coraçãozinho conforme Lei 15.302 de 12 de janeiro de 2014, Teste do Olhinho conforme Lei 4.090 de 2015 e Teste do Pezinho conforme Lei Federal 3.914/1983), sessões fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e Terapia ocupacional;
- i) Honorários médicos;
- j) Procedimentos médicos realizados nas unidades de internação; e
- k) Os honorários serão remunerados desde que estejam comprovados com assinatura, registro de conselho e nome por extenso do profissional executante.

2. Diárias de isolamento básicas: quarto privativo, quarto de enfermagem ou para transplantes

2.1. Compreende:

- a) Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;

b)Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.

2.2. Não compreende:

a) Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas.

DIÁRIAS DE ACOMODAÇÃO EM UTI		
01	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI ADULTO	R\$ 1.614,63
02	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI ADULTO – ISOLAMENTO	R\$ 1.920,64
03	UNIDADE CORONARIANA INTENSIVA – UCO ADULTO	R\$ 2.100,00
04	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI NEONATAL	R\$ 1.840,59
05	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI NEONATAL – ISOLAMENTO	R\$ 2.210,79
07	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI PEDIÁTRICA	R\$ 1.510,88
08	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI PEDIÁTRICA – ISOLAMENTO	R\$ 2.303,07
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE DIÁRIAS HOSPITALARES EM UTI		
1. Diárias de UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): ADULTO, CORONÁRIO, PEDIÁTRICO e NEONATAL/ISOLAMENTO:		
1.1 Compreende:		
a) Todos os itens compreendidos nas diárias básicas;		
b) Respirador/ventilador; e		
c) Monitor de Pressão Arterial Invasiva, de Pressão intracraniana e da Pressão Intra-abdominal.		
1.2. Não Compreende:		
Todos os itens não compreendidos nas diárias básicas;		
Obs.1: Unidades de Terapia Intensivas especializadas, tais como neurológica ou outras, devem ter o mesmo tratamento da UTI adulto.		
Obs 2: Pacientes internados em UTI Pediátrica e Neonatal, que por lei tem direito a acompanhante, será coberto serviço de governança e hotelaria para 01 (um) acompanhante.		
2. Diárias de ISOLAMENTO DE UTI ADULTO, PEDIÁTRICO E NEONATAL:		
2.1. Compreende:		
a) Todos os itens compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Infantil, Pediátrico e UTI Neonatal;		
b) Paramentação (máscara, gorro, propé, avental), descartável ou não, utilizada pelo acompanhante/visitantes;		
c) Itens permanentes da acomodação (Estrutura Física) tal como filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz.		
2.2. Não Compreende:		
a) Todos os itens não compreendidos nas diárias de UTI Adulto, Pediátrico e UTI Neonatal.		

TABELA DE HONORÁRIOS		
MÉDICO GENERALISTA E QUALQUER OUTRA ESPECIALIDADE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR

10101039	CONSULTA MÉDICA EM PRONTO SOCORRO	CBHPM 2014
10101039	VISITA MÉDICA EM PACIENTE INTERNADO UTI E ENFERMARIA	CBHPM 2014
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE HONORÁRIOS MÉDICOS		
1. As consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/emergência), (código: 10101039), serão remuneradas de acordo 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), com deflator de 20% no porte e no UCO. 2. Caso o paciente após receber alta do atendimento no Pronto-Socorro/ Pronto Atendimento, retornar ao credenciado no prazo de 24h (vinte e quatro horas) com a mesma patologia, não será considerado novo honorário médico. 3. As consultas a pacientes em hospital (internados) e as consultas realizadas em pronto-socorro (urgência/ emergência) serão pagas como referencial, a tabela – CBHPM 2014 com deflator de 20% no porte e no UCO.		

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\$ 113,80
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; e
- 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; e
- 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; e
- 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 HEMODIALISE	TAXA	R\$ 409,96
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DE TAXA DE SALA DE HEMODIALISE			
1. TAXA DE SALA DE HEMODIALISE PARAPACIENTE 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 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:

- a) placas de hidrocoloides;
- b) carvão ativado;
- c) alginato de prata e cálcio;
- d) filmes transparentes;
- e) espumas de prata;
- f) hidrogéis;
- g) purilon gel;
- h) espuma de poliuretano;
- i) hidrogel com alginato;
- j) bota de unha;
- k) protosan; e
- l) 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 períneo.

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, 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
60000490	AR COMPRIMIDO (INALAÇÃO EM TODOS OS SETORES)	TAXA	R\$ 19,73
60022965	OXIGÊNIO (INALAÇÃO EM TODOS OS SETORES)	TAXA	R\$ 23,30
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
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE GAZES			
1. TAXA DE INALAÇÃO (EM TODOS OS SETORES)			
1.1. Compreende:			
a) Gases medicinais prescritos;			
b) Nebulizador/ Inalador;			
c) Material e medicamentos (Soro fisiológico, Bromidrato de Fenoterol, Brometo de Ipratrópio) e serviços de enfermagem inerentes ao procedimento;			
1.2. Não Compreende:			
a) Demais medicamentos relacionados ao procedimento.			

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 OBSTÉTRICA			

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;
 - 1.77. umidificador;
 - 1.78. sala de Pré-Parto, Sala de Recuperação Anestésica;
 - 1.79. sala de reanimação de RN;
 - 1.80. todos os atendimentos inerentes ao primeiro atendimento ao RN;
 - 1.81. estão inclusos todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente;
 - 1.82. não serão pagos os valores adicionais para o uso de equipamentos em qualquer horário considerado urgência/emergência, ou ainda nos finais de semana ou feriados;
 - 1.83. lixa para limpeza de eletrocautério; e
 - 1.84. Instalações da sala e equipamento de hemodinâmica.
- 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

SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402045	CONCENTRADO DE HEMÁCIAS – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 988,58
40402088	CRIOPRECIPITADO – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 753,48
40402096	PLASMA FRESCO – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 762,78
40402169	PLAQUETAS – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 799,58
	PLAQUETAS POR AFÉRESE – 1 UNIDADE/ BOLSA	R\$ 2.560,74
40304256	TAXA DE FENOTIPAGEM	R\$ 178,31
	TAXA DE RESERVA DE SANGUE	R\$ 94,90
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DA TAXA DE HEMOTERAPIA		
1. TAXA DE HEMOTERAPIA (CONCENTRADO DE HEMÁCIAS, CRIOPRECIPITADO, PLASMA FRESCO, UNIDADE DE PLAQUETAS, UNIDADE DE PLAQUETAS RANDOMICAS e UNIDADE DE PLAQUETAS POR AFÉRESE)		
1.1. Compreende, conforme CBHPM: “...todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra”.		
1.2. O pagamento será realizado conforme este referencial de custos.		

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

FONOAUDIOLOGIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
20103654	SESSÃO HOSPITALAR	R\$ 87,32
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO COM FONOAUDIOLOGIA		
1. Será pago conforme solicitação médica em prontuário devidamente justificado.		

FISIOTERAPIA		
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
50000829	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no Sistema Respiratório SEM	R\$ 81,44

	assistência ventilatória.	
50001019	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no Sistema Respiratório COM assistência ventilatória.	R\$ 91,37
50000365	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema músculo esquelético.	R\$ 81,38
50000799	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70
50001051	Atendimento fisioterapêutico HOSPITALAR ao paciente com dependência total, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 86,70
COMPOSIÇÃO E DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA		
1. Para os serviços de FISIOTERAPIA HOSPITALAR será pago da seguinte forma: a) Até 03 (três) fisioterapias respiratórias (em ventilação mecânica) e 02 (duas) motoras, por dia, em UTI (adulto, pediátrico e neonatal); e b) Até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia, em apartamento, enfermaria (adulto e pediátrico).		

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. DIETAS ENTERAIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS

4.1. É um tipo de dieta líquida com objetivo de repor nutrientes que o organismo precisa, mas o paciente está incapacitado ou com dificuldades para ingerir alimentos, sendo administrada por sonda enteral.

4.2. Para Dietas enterais especiais e parenterais serão considerados os valores tabelas do Guia Brasíndice, e caso não conste nesta, será utilizada a Revista SIMPRO Hospitalar; Na vigência das dietas enterais não constarem em nenhuma das tabelas supracitas, para fins de pagamento a CREDENCIADA deverá apresentar a Nota Fiscal do produto e a CREDENCIANTE realizará o pagamento conforme valor unitário em especificado em Nota Fiscal acrescido de 10% (dez por cento) sobre o valor do produto conforme previsto em Termo de Referência.

4.3. Para a utilização deste item, deverá obrigatoriamente ser realizada solicitação de autorização prévia da auditoria da FUNSA, por meio do e-mail: funsa.esgw@fab.mil.br.

4.4. O fornecimento de dietas enterais industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feito pelo GSAU-GW ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

4.5. EQUIPOS para infusão de DIETAS ENTERAIS, o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas de uso.

5. SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

5.1. 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.

5.2. 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.

5.3. 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.

6. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA CBHPM

6.1. 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 (dezesseis reais e quinze centavos), ambos com deflator de 20%.

6.2. 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.

6.3. 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).”

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

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

6.4.1. 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 Brasileiro 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.

6.5. 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.

6.6. 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.

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 + 9,73% = R\$ 17,71 (IPCA CORRIGIDO 2023/2024)							
Deve ser aplicado o deflator de 20%, nos valores de PORTE e UCO.							

7. NOTA EXPLICATIVA PARA A UTILIZAÇÃO DA TABELA BRASÍNDICE

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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

7.4. 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.

8. NOTA EXPLICATIVA PARA A TABELA SIMPRO

8.1. 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%.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. 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.

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

9.1. 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.

9.2. 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.

10. MATERIAIS MÉDICO-CIRÚRGICO/DESCARTÁVEIS/APÓSITOS

10.1. 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.

10.2. Os materiais serão consultados na tabela a 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%.

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

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6. 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.

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

10.8. 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 glosacacos de excesso ou uso indevido, desde que não esteja incluso no PACOTE.

10.9. 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.

10.10. Não serão remunerados nenhum tipo de dispositivo de segurança em seringas, agulhas, jelco, scalp entre outros, para proteção do profissional.

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

11.1. 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.

11.2. 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).

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

11.4. 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.

11.5. 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).

11.6. 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.

11.7. 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.

11.8. 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.

11.9. 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.

11.10. 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.

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

11.12. 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.

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

11.14. 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.

12. MATERIAIS REPROCESSADOS

12.1. 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.

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

12.3. 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

12.4. 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.

12.5. 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.

13. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUNDO DE SAÚDE

13.1. 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; e
- qqqq) Transdutor isolador de pressão para máquina de hemodiálise.

14. NOTAS COMPLEMENTARES:

- 14.1. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 14.2. Será paga a diária de internação do dia do óbito, se o mesmo ultrapassar mais de 6 horas de permanência;
- 14.3. Equipo de bomba de infusão (BI) não será pago para manter veia e nos casos desoroterapia.
- 14.4. Exames complementares de alto custo, que não forem justificados de urgência, necessitarão ter autorização prévia do FUNSA do GSAU-GW.
- 14.5. Será pago o valor de uma visita diária ao médico desde que conste no prontuário a evolução legível com assinatura e número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do respectivo médico assistente.
- 14.6. Não será pago taxa de coleta de exames, e materiais utilizados para a coleta pelo hospital ou terceiros.
- 14.7. As taxas de cirurgias ambulatoriais serão pagas conforme procedimento realizado.
- 14.8. O uso de fototerapia, incubadora, berço aquecido deverá constar na prescrição médica e relatório de enfermagem a sua utilização e tempo utilizado.
- 14.9. Os exames de diagnóstico deverão constar requisição do médico solicitante e o resultado devidamente assinados e carimbados para fins de auditoria “*in loco*”.
- 14.10. 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.
- 14.11. Os horários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados.
- 14.12. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem, conforme descrito neste Referencial de Custo.
- 14.13. 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.
- 14.14. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.
- 14.15. 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.
- 14.16. Hemoterapia deverá ser mediante prescrição médica, comprovante de entrega (cartão da bolsa) anexado e checagem em prontuário.
- 14.17. Sonda vesical de demora somente com prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá apresentar justificativa.
- 14.18. 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.

14.19. Taxa de nebulização será remunerada conforme este referencial de custos em todos os setores hospitalares.

14.20. 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.

14.21. ÁGUA DESTILADA, será paga: para dispositivos respiratórios, até 01 (um) frasco de 500(quinhentos) ml/ dia.

14.22. Todos os materiais com dispositivos de segurança/proteção serão remunerados em 50% do valor do item.

14.23. 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.

14.24. Não serão remunerados a avaliação e o acompanhamento do nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional em ambiente hospitalar.

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: