

ANEXO M - REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO HARF



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as Tabelas, Índice e Valores, e conceituação necessárias dos serviços hospitalares objeto do CREDENCIAMENTO de Organizações Civis de Saúde do Hospital de Aeronáutica de Recife (HARF).

Os procedimentos que não constam do rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), assim como os materiais, medicamentos e correlatos de uso experimental que não tenham o reconhecimento pelas respectivas sociedades, sem registro no Ministério da Saúde e sem licença da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), não tem cobertura pelo Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA).

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1. Procedimentos médicos realizados em Organização Civil de Saúde (OCS)

Para os Exames de Imagem , Laboratoriais , SADT os valores para pagamento serão calculados pela **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM de 2014 – Plena, com UCO de 16,15 e deflator de 15% na UCO** e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações:

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

Para os Honorários Médicos e os Procedimentos Cirúrgicos , os valores para pagamento serão calculados pela **Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM de 2016 – Plena, com UCO de 19,36 e deflator de 15% na UCO** e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações:

1 A	R\$ 17,38	5 C	R\$ 394,11	10 B	R\$ 1.306,09
1 B	R\$ 34,75	6 A	R\$ 429,25	10 C	R\$ 1.449,67
1 C	R\$ 52,14	6 B	R\$ 472,04	11 A	R\$ 1.533,70
2 A	R\$ 69,53	6 C	R\$ 516,33	11 B	R\$ 1.681,88

2 B	R\$ 91,65	7 A	R\$ 557,58	11 C	R\$ 1.845,34
2 C	R\$ 108,46	7 B	R\$ 617,15	12 A	R\$ 1.912,54
3 A	R\$ 148,20	7 C	R\$ 730,18	12 B	R\$ 2.056,14
3 B	R\$ 189,37	8 A	R\$ 788,24	12 C	R\$ 2.518,99
3 C	R\$ 216,92	8 B	R\$ 826,43	13 A	R\$ 2.772,57
4 A	R\$ 258,16	8 C	R\$ 876,83	13 B	R\$ 3.041,43
4 B	R\$ 282,61	9 A	R\$ 931,84	13 C	R\$ 3.363,75
4 C	R\$ 319,27	9 B	R\$ 1.018,91	14 A	R\$ 3.748,70
5 A	R\$ 343,70	9 C	R\$ 1.122,76	14 B	R\$ 4.078,67
5B	R\$371,21	10A	R\$1.205,27	14C	R\$ 4.498,75

Os atos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7 h do dia seguinte, em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

Obs.: A regra acima não aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados.

Nos Honorários do Plantonista de UTI, estão excluídos: diálises, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Caso seja necessário efetuar qualquer um dos mencionados procedimentos médicos, será pago de acordo com a Tabela CBHPM 2016 Plena com valoração de portes do ano 2016 e redutor de 15% na UCO, quando houver. Estão incluídos nos honorários do plantonista: Entubação, punção venosa (INTRACATH), Monitorização Cardioscópica, Assistência Ventilatória, Desfibrilação, Cardioversão, Prescrição, Evolução e atendimentos das intercorrências. Será pago apenas 01 (uma) visita por dia ao médico assistente desde que corretamente registrado em prontuário.

Retorno de consulta ambulatorial: será considerado retorno e, portanto **sem emissão de nova Guia de Encaminhamento (GAB ou GEAM) as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante**, desde que o beneficiário procure o referido médico para agendar a consulta de retorno em **até 30 (trinta) dias da consulta originária**. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado será considerada nova consulta e, portanto será necessário a emissão de nova Guia.

Considerando que a Cooperativa dos Médicos Anestesiologistas (COOPANEST) é a única instituição que tem por objetivo a prestação de serviços médicos de Anestesiologia, através de contratos firmados com pessoas jurídicas de direito público ou privado a nível nacional, as remunerações dos **portes anestésicos** serão conforme **Tabela vigente praticada com a cooperativa**.

Quando solicitado e autorizado procedimento que não consta na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM de 2016 praticada, deve-se aplicar a **próxima CBHPM com deflator de 10% no porte e redutor 15% na UCO**.

2.2 VALORES DE DIÁRIAS E TAXAS

Para os preços de Diárias e Taxas hospitalares serão remuneradas conforme a tabela a seguir, de acordo com a complexidade de atendimento:

CLASSIFICAÇÃO DO PORTE HOSPITALAR CONSIDERADOS PARA REMUNERAÇÃO

PEQUENO PORTE – BAIXA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de pequeno porte aqueles que tiverem até 50 leitos, com serviços básicos de assistência à saúde, com ou sem unidade de terapia intensiva, com ou sem serviço de atendimento materno – infantil ou com ou sem serviço cirúrgico. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem.

MÉDIO PORTE – MÉDIA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de médio porte aqueles que tiverem de 51 - 150 leitos, com serviços avançados de assistência à saúde, com unidade de terapia intensiva e intervenção cirúrgica 24 h, com ou sem serviço de atendimento materno – infantil. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem de alta resolução.

GRANDE PORTE – ALTA COMPLEXIDADE

Considera-se hospital de grande porte aqueles que tiverem de 151 - 500 leitos, com serviços avançados de assistência à saúde, com unidade de terapia intensiva, intervenção cirúrgica 24 h, serviço de atendimento materno – infantil, hemodinâmica, quimioterapia, radioterapia, serviço renal, entre outros. Deverá dispor de serviço laboratorial e de imagem de alta resolução e complexidade.

Obs.: Portes baseados no PNAAS (Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde).

REFERENCIAL DE PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

DIÁRIAS	OBSERVAÇÕES	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Diária Apartamento Standard – paciente Clínico com acompanhante.	Taxa de enfermagem, dieta para paciente, acomodação e café da manhã para o acompanhante. *Exceto dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e/ou com autorização prévia da auditoria) e Hemoderivado.	R\$ 736,14	R\$ 506,50	R\$ 430,53
Apartamento Standart Paciente Cirúrgico com Acompanhante, inclusive para cirurgias obstétricas/Parto	Incluso:Taxa de Enfermagem, Dieta* para pacientes,acomodação e café da manhã para acompanhante. Exceto dietas especiais industrializadas (mediante justificativas médicas e/ou com autorização prévia da auditoria) e hemoderivados.	R\$ 656,05	R\$ 506,50	R\$ 379,89
Apartamento Semi-privativo (02 leitos) com Acompanhante. (Enfermaria)	Taxa de enfermagem, dieta para paciente, acomodação e café da manhã para o acompanhante. *Exceto dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e/ou com autorização prévia da auditoria) e Hemoderivado.	R\$ 404,85	R\$ 306,14	R\$ 258,51
Apartamento Day-clinic-até 12 horas de permanência e sem pernoite.	Taxa de enfermagem, dieta para paciente, acomodação e café da manhã para o acompanhante. *Exceto dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e/ou com autorização prévia da auditoria) e Hemoderivado.	R\$ 363,41	R\$ 216,53	R\$ 184,05
Apartamento Semi-privativo (02 leitos). Enfermaria. Day-clinic-até 12 horas de permanência e sem pernoite.	Taxa de enfermagem, dieta para paciente, acomodação e café da manhã para o acompanhante. *Exceto dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e/ou com autorização prévia da auditoria) e Hemoderivado.	R\$ 264,59	R\$ 139,67	R\$116,72

Diária de Berçário	Incluso Berço aquecido, incubadora e desmamadeira elétrica	R\$ 234,15	R\$ 135,69	R\$ 115,34
Diária UTI geral/ Cardiológica e Neonatal	Monitor PA/FC/ECG/PNI, oxímetro, bombas de infusão, Aspirador, irrigador, capnógrafo, taxa de enfermagem, roupa de cama e indumentária, incubadora, berço aquecido, dieta para o paciente (Exceto dieta especial mediante justificativa médica e/ou autorização prévia da auditoria) taxa de enfermagem, roupa de cama e indumentária e desmamadeira elétrica.	R\$1.612,35	R\$ 946,85	R\$ 852,17
Diária de USI- unidade semi- intensiva	Incluso:Mesma inclusões e exclusões que UTI (Vigilância Médica à parte)	R\$888,03	R\$754,82	R\$682,48
Diária Global de Psiquiatria	Tratamento médico psiquiátrico apartamento com ar, banheiro e frigobar, refeições diárias (café da manhã, almoço, jantar e dois lanches) atendimento nutricional, atendimento farmacêutico visita hospitalar código 10.10.20.19 – 2 (duas) vezes na semana, suporte clínico/psiquiátrico 24 horas, assistência de enfermeiros e técnicos 24 horas, assistência de psicólogos 24 horas, atendimento psicológico individual e em grupo diariamente ,grupos terapêuticos diários, atendimento aos familiares individualmente, materiais de uso hospitalar e descartáveis, 03 fraldas descartáveis-03 (três) unidades por dia, gasoterapia, medicamentos clínicos de uso oral ou injetáveis só de urgência, serviço de lavanderia apenas para roupas de cama (hotelaria) e remoção para o HARF quando urgência . EXCLUSOS: Não incluso na diária, Dieta enteral industrializada e parenteral, medicamentos clínicos especiais de alto custo, paga-se por fora da diária, lavagens de roupas dos pacientes, medicamentos clínicos de uso continuo a pacientes hipertensos, diabético, cardiopata, transplantados e portadores de doença de Parkinson e cuidador.	R\$ 340,00	-----	

Day clinic de Psiquiatria	Consulta em consultório, instalações, cuidados de enfermagem, refeição, oficinas terapêuticas (inclusive todos os recursos e materiais expressivos),medicamentos de uso rotineiro à doença de base , atividades corporais, assistência da equipe multidisciplinar (enfermeiros, serviço social, psicologia e clínica médica) e assistência ao suporte familiar .	R\$ 150,00	-----	
Box para Quimioterapia	Bomba de infusão taxa de enfermagem e cabine de fluxo laminar (Incluso EPI, luvas cirúrgicas para uso de cada ciclo de entrada, avental impermeável,máscara PFF2 de carvão ativado, são alguns exemplos). Produtos para assepsia das drogas. Instrumental:Agulha (um para cada droga, seringa (tipo seringa volume) transofix, gases estéril)	R\$ 434,64	R\$369,44	R\$314,02
Sala de Gesso	Exceto talas	R\$ 129,89	R\$83,17	R\$70,69
Sala de imobilização	Talas.	R\$ 45,98	R\$39,08	R\$ 33,22
Cirurgia equipada até 3 horas com Raqui/Anestesia geral.	Incluso: Aparelho anestésico, Bomba de infusão, Capnógrafo, Aspirador/Irrigador. Bisturi elétrico, Monitor PA/FC/PI/ECG/PNI e, Oxímetro, indumentária da equipe cirúrgica (incluso escova de marcodine) e pessoal de apoio	R\$ 988,18	R\$ 648,94	R\$ 551,59
Cirurgia Equipada por hora subsequente	Mesmas inclusões e exclusões	R\$ 113,54	R\$ 72,48	R\$ 61,60
Cirurgia com circulação Extracorpórea de até 3 horas	Incluso: Aparelho Anestésico,Bomba de infusão, Capnógrafo, Aspirador/Irrigador. Bisturi elétrico, Monitor PA/FC/PI/ECG/PNI e,oxímetro, indumentária da equipe cirúrgica (incluso escova de marcodine) e pessoal de apoio.	R\$ 1.678,27	R\$1.454,87	R\$ 1.236,64
Cirurgia com circulação Cirurgia Extracorpórea por	Mesmas inclusões e exclusões			

hora subsequente		R\$ 346,44	R\$ 270,32	R\$ 243,28
Procedimentos cirúrgicos Endoscópicos	Incluso: Aspirador, irrigador, monitor PA/FC/PI/PNI, bisturi elétrico, oxímetro e repouso pós-operatório em box semi-privativo (não será devido pagamento da UCO).	R\$ 403,51	R\$282,46	R\$ 240,09
Taxa de Vigilância Médica em USI por 24 Horas.	-----	R\$ 216,92	R\$216,92	R\$216,92
Procedimentos endoscópicos	-----	R\$ 110,93	R\$99,83	R\$89,86
Cirurgias eletivas de pequeno porte com anestesia local	Bisturi elétrico	R\$ 276,04	R\$ 121,77	R\$ 109,59
Cirurgia de Porte Médio com ou sem analgesia	Incluso: Monitor FC/ECG/PA/PNI, Capnógrafo, Oxímetro, bisturi elétrico, Aspirador/irrigador	R\$ 440,04	R\$ 396,37	R\$ 356,73
Neurocirurgia até 3 horas	Inclui :Aparelho anestésico,Bomba de infusão, Capnógrafo,manta térmica Aspirador/irrigador. Bisturi elétrico, Monitor PA/FC/PI/ECG/PNI e,oxímetro, craneótomo, serra fresa, brocas, microscópio, indumentária da equipe médica(incluso escova de marcodine) e pessoal de apoio	R\$1.415,67	R\$1.275,91	R\$1.084,52
Neurocirurgia por hora subsequente	Mesmas inclusões	R\$ 206,33	R\$ 186,45	R\$ 187,81
Pequena cirurgia na urgência	-----	R\$ 56,80	R\$ 46,01	R\$ 41,41
Curativos na urgência	Exceto materiais	R\$ 35,15	R\$ 31,63	R\$ 28,46
Recuperação Pós-anestésica equipada	Monitor PA/FC/PI/PNI e Oxímetro	R\$ 350,38	R\$ 249,54	R\$ 224,58
Estudo hemodinâmico	Monitor PA/FC/ PI/PNI Oxímetro, intensificador de imagem e bomba de infusão e para procedimentos invasivos que não fazem parte dos	R\$ 760,11	R\$ 489,98	R\$ 440,98

	pacotes .			
Taxa para aplicação de medicamentos intramuscular, subcutânea , endovenoso	-----	R\$30,37	R\$27,48	R\$26,10
Taxa de Pronto atendimento	Só é devida quando o atendimento se resume unicamente a uma consulta médica. Se for realizado qualquer procedimento ou utilizado qualquer material ou medicamento independente do valor a referida taxa não é devida.	R\$ 32,45	R\$ 27,58	R\$ 23,44
Artroscópio cirúrgico (vídeo artroscopia)	Incluso: Camisa, Fluxor Sidex Artrozan, água destilada, indumentária da equipe de cirurgia e pessoal de apoio. Excluído desta taxa: Lâmina de Shaver, que deverá ser cobrada à parte no valor de R\$185,00	R\$ 560,62	R\$ 291,17	R\$ 262,05
Aspirador Cavitron para neurocirurgia	Utilizado em neurocirurgia	R\$ 782,14	R\$ 703,93	R\$ 633,53
Bomba de Infusão /24 horas	Exceto <i>UTI/USI/TMO</i> e sala de cirurgia e independente da quantidade de medicamento utilizado nas 24hs.	R\$36,29	R\$29,65	R\$ 26,69
Colchão Pneumático	Por dia de uso, exclusivo em ALA e com autorização prévia	R\$ 44,51	R\$ 40,92	R\$ 36,81
Colchão Caixa de ovo	01 (um) colchão para 30 dias, independente da quantidade de dias utilizados.	R\$ 94,45	R\$ 84,88	R\$ 76,50
Desfibrilador por uso	-----	R\$ 108,46	R\$ 54,91	R\$ 49,42
Fototerapia até 1 hora	-----	R\$ 47,27	R\$42,55	R\$38,29
Fototerapia por hora subsequente	-----	R\$ 5,52	R\$ 4,96	R\$ 4,47
Incubadora até 24 horas S/O2	-----	R\$ 141,92	R\$127,72	R\$ 114,95
Vídeo histeroscópio Cirúrgico	-----	R\$ 604,61	R\$427,85	R\$385,06
Vídeo histeroscópio	-----	R\$ 291,66	R\$213,87	R\$192,49

Diagnóstico				
Intensificador de Imagem	Deve apresentar a imagem	R\$ 420,28	R\$360,95	R\$ 328,85
Laser em sala cirúrgica	Somente com autorização prévia	R\$ 645,74	R\$581,16	R\$523,04
Laser para procedimento de fotocoagulação oftalmológico	Somente com autorização prévia	R\$168,74	R\$151,87	R\$136,68
Microscópio Cirúrgico ou oftalmológico	-----	R\$ 139,12	R\$106,93	R\$99,43
Microscópio Computadorizado para Neurocirurgia/	-----	R\$ 484,28	R\$435,85	R\$ 392,26
Monitor fetal sonar por 24 horas	-----	R\$ 97,36	R\$ 66,81	R\$62,18
Monitor por hora	Para exames ambulatorial , quando necessário e na presença de acompanhamento anestésico	R\$12,00	R\$12,00	R\$12,00
Oxímetro por hora	Para exames ambulatorial , quando necessário e na presença de acompanhamento anestésico	R\$12,00	R\$12,00	R\$12,00
Monitor cardio/ PA/invasivo/não invasiva/oxímeter/pic/pia/ capnógrafo em apartamento ou enfermaria por 24h)- fora da UTI/USI	Quando for utilizado o invasivo, os cateteres serão cobrados à parte	R\$168,28	R\$152,98	R\$137,68
Respirador de pressão sem oxigênio por 24 horas/BIPAP		R\$ 77,65	R\$ 69,76	R\$ 62,78
Respirador de volume sem oxigênio por 24 horas	Inclui filtro	R\$ 253,77	R\$ 228,38	R\$ 205,55
RPPI (por 24 horas com oxigênio incluso)	Inclui o filtro	R\$ 133,57	R\$128,43	R\$119,26
Ressectoscópio	Não inclui material. Alça: pagar um terço do valor da alça			

		R\$152,16	R\$136,64	R\$122,96
Vídeo Endoscópio Cirúrgico/Diagnóstico em BC, nos casos de neurologia, oftalmo e Urologia	Inclui taxa + sidex+ água destilada.	R\$ 483,31	R\$456,74	R\$ 424,77
Vídeo Laparoscópio cirúrgico/terapêutico / abdominal/tórax/ ginecológico	Inclui: taxa, sidex, gás carbônico, água destilada, um trocater descartável, agulha de Veress, trocateres permanentes e 02 cargas de clips LT 200 e LT 300. Não caberá cobrança de trocateres adicionais, Incluso indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.	R\$ 2.862,92	R\$2.788,57	R\$2.509,52
Vídeo Laparoscópio diagnóstico/ abdominal terapêutico//tórax/ ginecológico	Inclui: taxa, sidex, gás carbônico, água destilada, um trocater descartável, agulha de Veress, trocateres permanentes e 02 cargas de clips LT 200 e LT 300. Não caberá cobrança de trocateres adicionais. Incluso indumentária da equipe cirúrgica e pessoal de apoio.	R\$2.293,03	R\$2.067,33	R\$ 1.857,35

GASES MEDICINAIS

TIPOS	OBSERVAÇÕES	ALTA	MÉDIA	BAIXA
Oxigênio + Ar comprimido (paciente em respirador) por hora.	Divisível por minuto	R\$ 36,44	\$35,05	R\$ 31,55
Oxigênio	Divisível por minuto	R\$ 24,34	R\$23,06	R\$ 20,75
Nebulização (aerosol) independente + internamento / urgência	Inclui taxa + oxigênio + medicação	R\$ 22,29	R\$ 21,17	R\$ 20,11
Protóxido	Divisível por minuto	R\$ 60,76	R\$57,74	R\$ 51,96
Óxido Nítrico	Divisível por minuto	R\$ 59,60	R\$56,65	R\$ 53,82

Obs: Todos os gases citados acima são divisíveis por fração de (um) minuto.

OBSERVAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS:

DIÁRIAS

1) Hospital dia (Day Clinic): internamento eletivo até 12 horas .

2) Na diária de internamento/apartamento/enfermaria/UTI e taxa de sala de cirurgia estão inclusos os descartáveis: luvas não estéris, capotes, camisolas, lençóis, máscaras, propés, roupa de cama do paciente e acompanhante (de acordo com a legislação vigente) quando for o caso, indumentárias da equipe cirúrgica, locomoção interna do paciente, orientação nutricional no momento da alta, preparo do corpo em casos de óbito, preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos. Não poderá ser cobrado dos beneficiários da Aeronáutica, qualquer valor relativo à conta hospitalar. Caso surjam itens ainda não acordados na tabela, deverá ser contactado o responsável pelo plano de saúde, e em divergência levar o caso ao fórum competente, ou seja, Hospital de Aeronáutica de Recife e ou Credenciado.

3) Quando a diária final for inferior a 12 horas será pago o valor da diária de Day Clinic, mediante justificativa médica, exceto UTI que não será fracionada.

RECOMPOSIÇÕES

Nos valores das Diárias e Taxas de centro cirúrgico e hemodinâmica , estão incorporados , ou seja, incluso os materiais descartáveis descritos abaixo:

1. Avental Descartável Infantil.
2. Avental Descartável TNT Verde 30gr Ad6.
3. Avental Descartável Sms Amarelo 20gr.
4. Avental Descartável Sms Amarelo 24gr.
5. Avental Descartável p/ obeso.
6. Kit cirúrgico Lifeshaver Plus.
7. Kit cirúrgico Lifeshaver Plus 27.
8. Kit cirúrgico Lifeshaver Plus Artroscópio.
9. Kit cirúrgico Lifeshaver Plus Parto/Urologia/Proctologia.
10. Kit cirúrgico Lifeshaver Plus 49 hemod.
11. Campo fenestrado descartável .
12. Luva de procedimento látex T.G.
13. Luva de procedimento látex T.M.
14. Luva de procedimento N/estéril T.M.
15. Luva de procedimento estéril T.G.
16. Luva de procedimento estéril T.M.
17. Luva de procedimento estéril hipoalergênico T.M.
18. Luva Nitrilo Procedimento S/pó azul T.M.
19. Luva Vinil Procedimento S/amido T.G.
20. Escova de marcodine.
21. Placa de Bisturi.
22. Caneta de Bisturi.
23. Materiais de higiene pessoal.

INSUMOS NÃO COBERTOS PELO FUNSA

1. Sem cobertura para a tampa curos, uma vez liberado o álcool swab;
2. Cobertura para óbito;
3. Itens de higiene pessoal, além de hidratantes e óleos de girassol;
4. Enxaguante bucal apenas para pacientes entubados ou traqueostomizados;
5. Materiais de EPI;
6. Curativos especiais para prevenção;
7. Fralda 04 /dia exceto pacientes com diarreia;
8. Medicação de uso contínuo a troca do equipo de bomba é de 72 horas
9. Medicação vaso ativa e dietas enterais, a troca do equipo de bomba a troca a cada 24 horas.
10. Não autorizado equipo de bomba para antibióticos;
11. Materiais com defeito de fabricação e imperícia técnica não será liberado extra;
12. Os descartáveis devem ser valorados conforme tabela referenciada , caso não conste na tabela deve ser liberado , conforme SIMPRO praticado e justificado previamente;

TAXAS

1) Nas taxas de aparelhagens/equipamentos, já existentes em acordo, estão incluídos todos os insumos/acessórios necessários para o funcionamento e manutenção, exceto os descartáveis negociados em tabelas;

2) Taxa de Aspirador Cavitron - é devida a sua cobrança para cirurgias intracranianas, tumores e abscessos cerebrais (inclusos descartáveis e insumos para seu uso);

3) Taxa de Vídeo Endoscópio Cirúrgico – utilizado exclusivamente em bloco cirúrgico e microcirurgia neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica e urológica. Sua utilização deverá ser justificada pelo médico assistente.

4) Taxa de Sala de neurocirurgia, somente para as cirurgias do encéfalo, tumores/fraturas da coluna;

5) A Manta Térmica – o uso da manta é necessário autorização prévia, conforme relatório médico e indicação técnica.

6) A taxa de utilização de capnógrafo: Foi excluída da tabela de diárias e taxas por ter sido incorporada aos valores das taxas de sala de cirurgia, UTI e USI.

7) A taxa de serviço 3% foi suprimida por ter sido incorporada nas diárias e taxas;

8) É indevida a cobrança de remoção de pacientes para a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos em outro serviço, retornando-o ao hospital de origem, ficando a remoção sob a responsabilidade do mesmo.

ALIMENTAÇÃO PARENTERAL, ENTERAL E SUPLEMENTOS ALIMENTARES

Para Dietas Enterais, Parenterais e suplementos alimentares, serão remunerados conforme tabela referenciada e caso a dieta não faça parte da tabela, deve ser valorado BRASÍNDICE N° 860 setembro de 2016, com redutor de 40 % (quarenta por cento), mediante autorização prévia do setor de Auditoria de Contas Médicas.

Caso a dieta não esteja contemplada neste referencial deve ser apresentada e cobrado o valor de nota fiscal sem margem.

FOTOTERAPIA

A utilização de dois ou três focos para fototerapia deverá ser devidamente registrada em prontuário e cobrada conforme a orientação abaixo:

1) Fototerapia Dupla- acrescentar 30% sobre o valor original;

2) Fototerapia Tripla- acrescentar 40% sobre o valor original;

As sessões de fototerapias exige autorização prévia e apresentação de exames para justifiquem a necessidade.

TAXA DE PRONTO ATENDIMENTO

Só é devida na urgência quando o atendimento se resume unicamente a uma Consulta Médica. Se for realizado qualquer procedimento ou utilizado qualquer material ou medicamento, independente do valor, a referida TAXA não será devida.

ALOJAMENTO

Parte integral da Diária, entende-se como alojamento: instalações físicas e roupa de cama e banho, com troca diária ou com maior frequência, sempre que se fizer necessário.

TAXA DE APARELHAGEM E EQUIPAMENTOS

Nesta taxa estão inclusos todos os insumos/acessórios necessário para o funcionamento dos mesmos. Excluídos os descartáveis usados nos pacientes.

A Taxa de utilização do Capnógrafo em sala de cirurgia, foi excluída da tabela de diárias e taxas por ter sido incorporada aos valores das taxas de sala de cirurgia.

TAXA DE SALA DE CIRURGIA

Inclui além dos equipamentos intrínsecos, a indumentária do paciente, equipe médica e circulante

ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS

1) A taxa de comercialização para órteses, próteses e materiais especiais (OPME) será de 15% (quinze por cento) acrescido sobre os valores de referência SIMPRO/Brasíndice N° 111 agosto/setembro de 2017 e/ou a tabela referencial de descartáveis constante no edital.

2) Quando os materiais especiais, órteses, próteses forem fornecidos aos hospitais pela Aeronáutica, será pago uma taxa de manutenção/guarda, correspondente a 15% (quinze por cento) sobre os valores dos materiais;

3) Quando os materiais especiais, órteses, próteses forem fornecidos pelo próprio hospital, será pago uma taxa de manutenção/guarda, correspondente a 15% (quinze por cento), sobre o valor negociado entre as partes, considerando referência de mercado, ou valor do **SIMPRO/Brasíndice N°111 agosto/setembro de 2017** e/ou a tabela referencial de descartáveis constante no edital praticado entre o hospital e a Aeronáutica;

4) Para os OPMES que não constarem no referencial de preços de materiais descartáveis e/ou **SIMPRO N°111 agosto/setembro de 2017**, a CREDENCIANTE deverá apresentar 03 (três) orçamentos submetidos a auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de menor valor, acompanhado da nota fiscal e acrescido à uma taxa de manutenção/guarda, correspondente a 15% (quinze por cento) sobre os valores dos materiais;

5) Em ambos os casos, deverão ser consideradas as regras conforme preconiza a Resolução da Agência Nacional da Saúde Suplementar – ANS (RN n° 211, de 11 de janeiro de 2010) e a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM (RN n° 1956 de 2010);

6) Se por algum motivo o médico assistente não concorde com o fornecedor autorizado, para a troca de fornecedor, deverá anexar justificativa técnica para a troca (datada, carimbada e assinada pelo médico responsável);

7) Com relação a utilização de fios cirúrgicos, serão utilizados os valores da revista **SIMPRO N°111 agosto/setembro de 2017, sem a margem de comercialização e/ou Brasíndice N° 900 de 07 de maio de 2018 sem margem de comercialização.**

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

1) Os materiais descartáveis deverão ser cobrados conforme o Referencial de Preços de Materiais Descartáveis que consta na tabela própria do Hospital de Aeronáutica de Recife;

2) Caso o material não faça parte do referencial, deverá ser cobrado pelo **SIMPRO N°111 agosto / maio de 2017**, com taxa de manutenção/guarda de 15%(quinze), mantendo-se o acordo vigente entre as partes.

TAXA DE ENFERMAGEM

ESTA TAXA FOI ACRESCIDA NO VALOR DAS DIÁRIAS, NÃO PODENDO SER COBRADA. Compreende-se por taxa de enfermagem as rotinas tais como: aplicação de injeções, instalações de soro, controle de diurese, controle de glicosúria, serviço de curativos, lavagem de colostomia, de assepsia e higiene, de embrocação vaginal, de tampão vaginal, de tampão anal, de sinais vitais, de sondagem nasogástrica, venóclise, lavagens gástricas e intestinais, aspirações, desinfecção de leitos, preparação de alimentos enteral e parenteral, vesical e retal.

TAXA DE REMOÇÃO

1) Quando custeada pela empresa, necessita de autorização prévia, exceto no horário noturno, feriados e finais de semana, salvo as empresas que atuam com serviço de atendimento ao segurado nas 24 horas; Esse item cabe para os credenciados fora da Região Metropolitana de Recife.

2) Toda remoção deverá ser comunicada ao Hospital de Aeronáutica de Recife, e este definirá como será realizado este evento;

3) Remoções geradas por quebra de equipamentos não serão cobradas do Hospital de Aeronáutica de Recife.

HONORÁRIOS MÉDICOS

1) Estão inclusos nos honorários do plantonista : Entubação, punção venosa central (Intracath), monitorização cardiológica, assistência ventilatória, desfibrilação, cardioversão e atendimento das intercorrências;

2) Honorários médicos e exames laboratoriais serão cobrados à parte conforme Porte e UCO constante no referencial de honorários médicos vigente e adotado pelo Hospital de Aeronáutica de Recife;

3) A consulta médica 1.01.01.01-2 – consulta em consultório no horário normal ou pré estabelecido é de R\$ 104,00 (cento e quatro reais) de urgência são acrescidos de 30% conforme instruções CBHPM;

4) Honorário médico do perfusionista é de R\$ 243,60 (duzentos e quarenta e três reais e sessenta centavos);

5) 40325024 -Teste Sars-Cov-2 (Coronavírus COVID-19), no valor de R\$ 80,00-Teste rápido para detecção de antígeno com diretriz de utilização incluído pela RN 478 de 19 de janeiro de 2022;

6) 40314618 – Teste RT-PCR (Coronavírus COVID-19) no valor de R\$ 180,00 – Teste de detecção genética do vírus Sars-Cov-2;

7) 40323676 - Pesquisa rápida para influenza A e B -com diretriz de utilização- no valor de R\$ 80,00;

8) Os exames 40325024/ 40323676 podem ser realizado em regime ambulatorial, pronto socorro e SADT externo.

CONSULTA MÉDICA NA URGÊNCIA

1)As consultas em pronto-socorro, exclusivamente para especialidade de PEDIATRIA, serão remuneradas por R\$ 99,84 (Noventa e nove reais e oitenta e quatro centavos), com os adicionais previstos na CBHPM 2016 para atendimento de urgência e emergência;

2) A consulta médica 1.01.01.03-9- consulta em pronto socorro/ emergência é de R\$ 72,37 (setenta e dois reais e trinta e sete centavos). Não existe retorno nos atendimentos em pronto socorro.

TAXA DE ALIMENTAÇÃO ALMOÇO E JANTAR

A única refeição para o acompanhante será o café da manhã já incluso em diária.

As despesas com refeição para os acompanhantes, independente da idade não são passíveis de cobertura, conforme NSCA 160-5.

MEDICAMENTOS

1. Os medicamentos utilizados terão como preços admitidos os valores acordados no parâmetro constante da coluna “preço de fábrica – PF” da Lista de Preços de Medicamentos, emitida por parte da CMED/ANVISA, acrescido de 30% da taxa de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição.

2. Para os medicamentos quimioterápicos, coadjuvantes e imunobiológicos a remuneração corresponde a “preço de fábrica – PF” da Lista de Preços de Medicamentos, emitida por parte da CMED/ANVISA, acrescido de 20% da taxa de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição.

3. Toda medicação utilizada nos pacientes será cobrada por dose unitária.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme **dose fracionada** consumida, **exceto** para as drogas **sem estabilidade após o preparo**.

4. Os radiofármacos/meios de contrastes serão pagos de acordo o **Guia Farmacêutico Brasíndice N°900 de 07 de maio de 2018 PF sem margem de comercialização**.

5. Os medicamentos de valor monetário **superior a R\$ 800,00** (oitocentos reais) necessitam de autorização do credenciante.

PADRÃO DE ACOMODAÇÕES

São padrões de acomodações hospitalares previstos para internação hospitalar:

a) Quarto Privativo – Para Oficiais, Alunos da EPCAR, Cadetes e seus dependentes;

b) Quarto Semiprivativo – Para Suboficiais, Sargentos, Alunos da EEAR e seus dependentes;

c) Enfermaria: Para Cabos e Soldados e seus dependentes.

d) Os militares na inatividade que percebem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu, bem como seus dependentes, têm direito à utilização dos padrões de acomodação referentes ao posto ou graduação sobre o qual incide o desconto para o FUNSA, devendo apresentar o respectivo contracheque, a fim de comprovar o desconto.

2.3. MEDICAMENTOS

Os Medicamentos utilizados terão como preços admitidos os valores acordados no parâmetro constante da coluna “preço de fábrica – PF” da Lista de Preços de Medicamentos, emitida por parte da CMED/ANVISA acrescido de 30% da taxa de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição.

Para os medicamentos de uso restrito hospitalar e os medicamentos sem restrições **não constantes na lista da CMED** serão utilizados preço de nota fiscal, acompanhado de pesquisa ao mercado distribuidor, acrescido de 30% a título de remuneração pelos serviços de seleção, armazenamento, manipulação, dispensação e controle do estoque de medicamentos, **com exceção dos quimioterápicos/coadjuvantes e imunobiológicos serão acrescidos de 20%**.

Afasta-se a presente regra de preço, caso no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão no 3.016/2012-Plenário/TCU.

Para medicamentos não constantes da Lista de Preços de Medicamentos da CMED/ANVISA:

O CREDENCIADO comprovará o custo do medicamento, por meio da apresentação de nota fiscal, com data atualizada e preços praticados no mercado distribuidor, acrescido de 30% da taxa de armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição, com exceção dos quimioterápicos, coadjuvantes e imunobiológicos o acréscimo é de 20%.

O CREDENCIANTE realizará a aferição das faturas especialmente quanto à adequação do custo ao preço de mercado, por meio de seu Serviço de Auditoria Médica, conforme o procedimento previsto no contrato.

Será pago preferencialmente o preço do genérico existente, salvo quando houver justificativa médica para indicação de medicamento similar ou patenteado.

Toda e qualquer medicação utilizada será paga por dose unitária. Com exceção de tratamentos (quimioterápicos) serão remunerados conforme **dose fracionada** consumida, **exceto** para as drogas **sem estabilidade após o preparo**.

Medicamentos com valor unitário a partir de R\$ 800,00 (oitocentos reais) necessitam de autorização.

Para medicamentos quimioterápicos, independente do valor unitário, será necessária autorização prévia.

Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.

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

2.4. CONTRASTE

Os radiofármacos/meios de contrastes serão pagos de acordo o **Guia Farmacêutico Brasíndice N°900 de 07 de maio de 2018 PF sem margem de comercialização.**

2.5. MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Os Materiais Descartáveis serão remunerados conforme a Tabela de Referencial de preços a seguir:
REFERENCIAL MÁXIMO DE PREÇOS PARA MATERIAIS DESCARTÁVEIS

ITEM	PRODUTO	ESPECIFICAÇÃO	VALOR R\$
1.	ABSORVENTE HOSPITALAR PACOTE – UNIDADE	UNIDADE	0,88
2.	AGULHA DE BIÓPSIA 14G Á 21G	UNIDADE	436,15
3.	AGULHA BIÓPSIA CHIBA (DHCN 22X15.0)	UNIDADE	436,15
4.	AGULHA BIÓPSIA ASPIRATIVA – CHIBA 18/20/22 X 9/15/20	UNIDADE	436,15
5.	AGULHA DESCARTÁVEL 13 X 4,5	UNIDADE	0,31
6.	AGULHA DESCARTÁVEL 25X7	UNIDADE	0,29
7.	AGULHA DESCARTÁVEL 25X8	UNIDADE	0,29
8.	AGULHA DESCARTÁVEL 30X7	UNIDADE	0,31
9.	AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	UNIDADE	0,43
10.	AGULHA P/ ANEST. PLEXO- STIMUPLEX-A-100 C 21 X 4/A25 G 24 X 1/ A 50G 22 X 2/ CANULA A 150	UNIDADE	245,37
11.	AGULHA PARA RAQUI G22X 1 1/2	UNIDADE	57,18
12.	AGULHA PARA RAQUI G22 X 3 1/2	UNIDADE	57,18

13.	AGULHA PARA RAQUI G25 4 ³ / ₄ 0,53 X 120 MM	UNIDADE	113,22
14.	AGULHA PARA RAQUI G25 X 3 1/2	UNIDADE	52,88
15.	AGULHA PARA RAQUI G26 X 3 1/2	UNIDADE	55,73
16.	AGULHA PARA RAQUI G27 4 ³ / ₄ 0,42 X 120 MM	UNIDADE	140,68
17.	AGULHA PARA RAQUI G27 X 3 ¹ / ₂	UNIDADE	64,35
18.	AGULHA PARA RAQUI G29 X 3 ¹ / ₂	UNIDADE	190,18
19.	AGULHA PENCAN G25 3 ¹ / ₂ (WHITACRE)	UNIDADE	171,60
20.	AGULHA PERICAN G17 X 3 ¹ / ₄ 1,5 X 80MM / G18 X 3 ¹ / ₄ – 1,3 X 80 MM / G16 X 3 ¹ / ₄ – 1,7 X 80 MM (PERIDURAL)	UNIDADE	111,72
21.	AGULHA PARA MARCAÇÃO DE NÓDULO MAMÁRIO	UNIDADE	106,65
22.	AGULHA PARA ONCOLOGIA (PUNÇÃO)	UNIDADE	497,49
23.	ALGODÃO BOLA	UNIDADE	0,04
24.	ALGODÃO HIDRÓFILO 100GR	100 GR	13,21
25.	ALGODÃO HIDRÓFILO 500GR	500 GR	27,68
26.	APARELHO PARA TRICOTOMIA DESCARTÁVEL (BARBEADOR)	UNIDADE	5,38
27.	ATADURA ORTOPÉDICA 12CM X 1,80M	UNIDADE	1,56
28.	ATADURA ORTOPÉDICA 15CM X 1,80M	UNIDADE	2,62

29.	ATADURA ORTOPÉDICA 20CM X 1,80M	UNIDADE	2,71
30.	ATADURA CREPE 08CM X 4,5M	UNIDADE	6,83
31.	ATADURA CREPE 10CM X 4,5M	UNIDADE	7,66
32.	ATADURA CREPE 15CM X 4,5M	UNIDADE	11,52
33.	ATADURA CREPE 20CM X 4,5M	UNIDADE	13,17
34.	ATADURA CREPE 30CM X 4,5M	UNIDADE	13,82
35.	ATADURA GESSADA 06CM X 2M	UNIDADE	3,84
36.	ATADURA GESSADA 10CM X 3M	UNIDADE	5,62
37.	ATADURA GESSADA 15CM X 3M	UNIDADE	7,96
38.	ATADURA GESSADA 20CM X 4M	UNIDADE	14,65
39.	BISTURI DESC C/ LÂMINA PARAGON	UNIDADE	17,38
40.	BOLSA P/ COLOSTOMIA/ ILCOSTOMIA DRENÁVEL – CLÁSSICA DE FECHAMENTO	UNIDADE	31,79
41.	BOTA/ PERNEIRA PNEUMÁTICA (PAR)	PAR	853,05
42.	CLIP P/ BOLSA COLOSTOMIA	UNIDADE	18,50
43.	BOLSA P/ COLOSTOMIA KARAYA DRENAGEM (1º USO/REPOSIÇÃO)	UNIDADE	35,31
44.	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 2000ML – 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	125,00

45.	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 1000ML – 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	100,01
46.	BOLSA P/ NUTRIÇÃO PARENTERAL 500ML – 3 VIAS MIX BAG	UNIDADE	87,35
47.	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	UNIDADE	167,09
48.	CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA SHILLEY	UNIDADE- exige autorização prévia	950,00
49.	CATETER EPIDURAL COMPOSTO POR: CATETER + FILTRO + AGULHA + SERINGA	UNIDADE	219,90
50.	CATETER NASAL PARA O2 TIPO ÓCULOS	UNIDADE	5,32
51.	CATETER P/ HEMODIÁLISE DUPLO LÚMEN	UNIDADE	1312,30
52.	CATETER ARTERIAL RADIAL	UNIDADE	380,88
53.	CATETER P/ HEMODIÁLISE TRIPLO LÚMEN	UNIDADE	1385,12
54.	CATETER UMBILICAL ARGYLE (3,5 FR/ 5,0 FR/ 8,0 FR)	UNIDADE	354,85
55.	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO DE POLIURETANO (TIPO JELCO) DE 14 A 22G COM SISTEMA DE TRAVAMENTO DE SEGURANÇA	UNIDADE	28,61
56.	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO DE POLIURETANO (TIPO JELCO) 24G COM SISTEMA DE TRAVAMENTO DE SEGURANÇA	UNIDADE	29,42
57.	CATETER VENOSO ACESSO CENTRAL (INTRA-CATH)	UNIDADE	72,73

58.	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO C/ POLIURETANO (TIPO JELCO) Nº 14/16/18/20/22 – SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	17,88
59.	CATETER VENOSO ACESSO PERIFÉRICO C/ POLIURETANO (TIPO JELCO) Nº 24 – SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	18,75
60.	CATETER VENOSO DUPLO LÚMEN - ADULTO	UNIDADE	1.587,68
61.	CATETER VENOSO DUPLO LÚMEN - INFANTIL	UNIDADE	1.503,55
62.	CATETER VENOSO MONO LÚMEN – ADULTO	UNIDADE	709,30
63.	CATETER VENOSO MONO LÚMEN - INFANTIL	UNIDADE	636,56
64.	CATETER VENOSO PERIFÉRICO AGULHADO (TIPO ESCALPE) Nº 19G A 27G	UNIDADE	7,19
65.	CATETER VENOSO TRIPLO LÚMEN - ADULTO	UNIDADE	1.477,46
66.	CATETER VENOSO TRIPLO LÚMEN - INFANTIL	UNIDADE	1.440,52
67.	CATETER PICC LINE POWER COM KIT U	UNIDADE	2.613,39
68.	CATETER PICC MONO COM KIT U	UNIDADE	1.522,58
69.	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA	UNIDADE	3.097,00
70.	CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL	UNIDADE	2.714,91
71.	COLAR CERVICAL ESPUMA ESPECIAL P/M/G	UNIDADE	30,13
72.	COLETOR DE URINA SISTEMA	UNIDADE	30,32

	ABERTO		
73.	COLETOR/BOLSA URINA SISTEMA FECHADO	UNIDADE	87,89
74.	COLETOR URINA INFANTIL MASC./ FEM (EMBALAGEM PLÁSTICA)	UNIDADE	0,73
75.	COMPRESSA CIRÚRGICA 25X28 CAMPO OPERATÓRIO – JUSTIFICAR EM CASO DE USO FORA DO BLOCO CIRÚRGICO (UNIDADE)	UNIDADE	9,11
76.	OPERATÓRIO 45X50 (EM BLOCO CIRÚRGICO) - JUSTIFICAR EM CASO DE USO FORA DO BLOCO CIRÚRGICO (UNID)	UNIDADE	9,52
77.	COMPRESSA DE GAZE 7,5 X 7,5 ESTÉRIL C/ 10 UNID. 13 FIOS	UNIDADE	4,26
78.	COMPRESSA DE GAZE ALGODONADA	UNIDADE	6,43
79.	CONECTOR VALVULADO	UNIDADE	65,14
80.	CORD CLAMP	UNIDADE	20,92
81.	DISPOSITIVO P/ CIRCUNCISÃO (TIPO PLASTIBEL)	UNIDADE	76,34
82.	DISPOSITIVO URINÁRIO (BAINHA) URIPEN	UNIDADE	3,42
83.	DRENO BLAKE 10 FR C/ TROCARTE 1/8 E 15 FR C/ TROCARTE 3/16	UNIDADE	455,41
84.	DRENO BLAKE 19 FR C/ TROCARTE ¼	UNIDADE	496,85
85.	DRENO BLAKE 19 FR HUBLESS TROCARTE ¼	UNIDADE	496,85

86.	DRENO PENROSE LATEX Nº 1 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	5,51
87.	DRENO PENROSE LATEX Nº 2 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	7,30
88.	DRENO PENROSE LATEX Nº 3 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	9,96
89.	DRENO PENROSE LATEX Nº 4 C/ GAZE ESTÉRIL	UNIDADE	13,27
90.	DRENO DE SUÇÃO SANFONA	UNIDADE	84,36
91.	DRENO TÓRAX (S/ RESERVATÓRIO)	UNIDADE	62,27
92.	ELETRODO UNIVERSAL DESCARTÁVEL	UNIDADE	1,26
93.	EQUIPO ADAPTADOR P/ FRASCO DE SORO (TRANSOFIX)	UNIDADE	78,22
94.	EQUIPO ALIMENTAÇÃO ENTERAL (BOMBA INFUSÃO)	UNIDADE	531,45
95.	EQUIPO ALIMENTAÇÃO ENTERAL (GRAVITACIONAL)	UNIDADE	46,68
96.	EQUIPO BOMBA INFUSÃO – TIPO COMPACT AIR	UNIDADE	636,12
97.	EQUIPO BOMBA INFUSÃO ANNE	UNIDADE	265,04
98.	EQUIPO BOMBA INFUSÃO C/ BURETA	UNIDADE	690,57
99.	EQUIPO BOMBA INFUSÃO FOTOSENSÍVEL	UNIDADE	663,99
100	EQUIPO BOMBA INFUSÃO NEO	UNIDADE	627,48
101	EQUIPO BOMBA INFUSÃO PVC - FREE	UNIDADE	764,65

102	EQUIPO EXTENSOR 120 CM	UNIDADE	21,47
103	EQUIPO EXTENSOR 120 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	39,74
104	EQUIPO EXTENSOR 20 CM	UNIDADE	18,31
105	EQUIPO EXTENSOR 20 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	29,44
106	EQUIPO EXTENSOR 40 CM	UNIDADE	18,58
107	EQUIPO EXTENSOR 40 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	27,77
108	EQUIPO EXTENSOR 60 CM	UNIDADE	19,59
109	EQUIPO EXTENSOR 60 CM P/ SERINGA PERFUSORA	UNIDADE	31,96
110	EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	UNIDADE	26,51
111	EQUIPO MACROGOTAS C/ SUSPIRO (AIR)	UNIDADE	34,88
112	EQUIPO MACROGOTAS C/ SUSPIRO E INJ. LATERAL	UNIDADE	31,61
113	EQUIPO MACROGOTAS FOTOSENSÍVEL - AMBAR	UNIDADE	41,09
114	EQUIPO MACROGOTAS SIMPLES	UNIDADE	13,16

115	EQUIPO MICROGOTAS	UNIDADE	24,24
116	EQUIPO MICROGOTAS C/ CÂMARA GRADEADA (BURETA)	UNIDADE	73,54
117	EQUIPO P/ ADM. SIMULTÂNEA DE SOLUÇÕES (TIPO POLIFIX) C/ 2 VIAS - NEO	UNIDADE	55,38
118	EQUIPO P/ ADM. SIMULTÂNEA DE SOLUÇÕES (TIPO POLIFIX) C/ 2 VIAS – SEM SIFSITE	UNIDADE	28,74
119	EQUIPO P/ DIÁLISE PERITONEAL	UNIDADE	32,64
120	EQUIPO P/ HEMODERIVADOS	UNIDADE	32,37
121	EQUIPO P/ IRRIGAÇÃO VESICAL C/ 1 VIA	UNIDADE	29,05
122	EQUIPO P/ IRRIGAÇÃO VESICAL C/ 2 VIAS	UNIDADE	36,94
123	EQUIPO PARA MEDIÇÃO DE PVC	UNIDADE	58,03
124	EQUIPO P/ TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES 1 VIA SIMPLES PARA NPT	UNIDADE	10,78
125	EQUIPO P/ TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÕES 1 VIA AIR PARA NPT	UNIDADE	17,41
126	ESCOVA COM POLVIDINE DESCARTÁVEL (PAR)	RECOMPOSIÇÃO	----
127	ESPARADRAPO 10CM X 4,5 MTS	UNIDADE	23,74

128	ESPARADRAPO 10CM X 4,5 CM	UNIDADE	0,04
129	ESPARADRAPO 5CM X 4,5 MTS - ROLO	UNIDADE	11,85
130	ESPARADRAPO 5CM X 4,5 MTS - CM	UNIDADE	0,02
131	ESPARADRAPO HIPOALERGÊNICO (TRANSPORE) - CM	UNIDADE	0,08
132	ESPARADRAPO HIPOALERGÊNICO (TRANSPORE) 10CM X 4,5 MT	UNIDADE	49,19
133	ESPARADRAPO MICROPOROSO 10CM X 4,5 MTS - ROLO	UNIDADE	23,44
134	ESPARADRAPO MICROPOROSO 10CM X 4,5 MTS - CM	UNIDADE	0,04
135	ESPARADRAPO MICROPOROSO 5CM X 4,5 MTS - ROLO	UNIDADE	13,17
136	ESPARADRAPO MICROPOROSO 5CM X 4,5 MTS - CM	UNIDADE	0,02
137	EXERCITADOR RESPIRATÓRIO (TIPO TRIFLO)	UNIDADE	87,45
138	FILTRO HIGROSCÓPICO	UNIDADE	132,80
139	FILTRO UMIDIFICADOR (P/ TRAQUEOSTOMIA)/	UNIDADE	181,84
140	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 100 MM X 10 MT -	UNIDADE	49,19

	ROLO		
141	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 100 MM X 10 MT - /CM	UNIDADE	0,04
142	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 50 MM X 10 M – ROLO/CM	UNIDADE	23,44
143	FITA HIPOALERGÊNICA MICROPORE 50 MM X 10 MT - /CM	UNIDADE	0,02
144	FRALDA ADULTO/ GERIÁTRICA (P,M,G): Liberado 04 unidades dia, exceto quando diarreia	UNIDADE	3,94
145	FRALDA RN/ INFANTIL (P,M,G)	UNIDADE	1,11
146	FRASCO P/ DRENAGEM TORÁCICO S/ EXT 2000ML	UNIDADE	46,82
147	FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 300ML COM LACRE	UNIDADE	8,16
148	FRASCO P/ NUTRIÇÃO ENTERAL 500ML COM LACRE	UNIDADE	10,67
149	FIXADOR CÂNULA TRAQUEAL ADULTO /PEDIÁTRICO	UNIDADE	47,46
150	FIXADOR PARA TUBO ENDOTRAQUEAL	UNIDADE	60,73
151	FIXADOR DE SONDA NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL	UNIDADE	47,65
152	IV FIX	UNIDADE	1,42

153	KIT TRANSDUTOR DE PRESSÃO	UNIDADE	497,96
154	KIT DE SERINGA INJETORA DE CONTRASTE	KIT	140,00
155	KIT DE CONECTORES PARA CONTRASTE	KIT	180,00
156	LÂMINA PARA BISTURI (DE 11 A 24)	UNIDADE	3,22
157	LANCETA PARA HGT – SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	1,27
158	LANCETA PARA HGT COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UNIDADE	1,83
159	LINHA SANGUE P/ HEMODIÁLISE ARTERIAL	UNIDADE	68,26
160	LINHA SANGUE P/ HEMODIÁLISE VENOSA	UNIDADE	54,22
161	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL (6,5/7,0/7,5/8,0/8,5 - PAR)	PAR	5,30
162	LUVA PARA PROCEDIMENTO ESTÉRIL (PAR)	RECOMPOSIÇÃO	-----
163	MALHA TUBULAR 04 CM X 15 MTS – VALOR DO METRO	METRO	0,99
164	MALHA TUBULAR 06 CM X 15 MTS – VALOR DO METRO	METRO	1,16
165	MALHA TUBULAR 08 CM X 15 MTS – VALOR DO METRO	METRO	1,44

166	MALHA TUBULAR 10 CM X 15 MTS – VALOR DO METRO	METRO	1,73
167	MALHA TUBULAR 12 CM X 15 MTS – VALOR DO METRO	METRO	1,85
168	MALHA TUBULAR ALGODÃO 30CM X 25 MT – (TÓRAX) – POR MT	METRO	4,91
169	MANTA TÉRMICA	UNIDADE	392,03
170	MÁSCARA DE LARINGE	UNIDADE	336,29
171	PLUG ADAPTADOR MACHO/FÊMEA	UNIDADE	6,51
172	PULSEIRA MÃE E FILHO NUMERADA	UNIDADE	9,39
173	PLACA FLEXÍVEL P/ COLOSTOMIA (45/57/70 MM) - KARAYA	UNIDADE	63,48
174	RESERVATÓRIO P/ DRENO BLAKE J-VAC (300 - 400ML)	UNIDADE	357,09
175	RESERVATÓRIO P/ DRENO TÓRAX 2000ML	UNIDADE	52,88
176	SENSOR BIS	UNIDADE	513,16
177	SERINGA 03 CC SEM AGULHA	UNIDADE	0,89
178	SERINGA 05 CC SEM AGULHA	UNIDADE	1,16

179	SERINGA 10 CC SEM AGULHA	UNIDADE	1,88
180	SERINGA 20 CC SEM AGULHA	UNIDADE	3,65
181	SERINGA 60 CC SEM AGULHA	UNIDADE	13,78
182	SERINGA DESCARTÁVEL 1 CC INSULINA COM AGULHA	UNIDADE	3,08
183	SERINGA PERFUSORA 20 ML	UNIDADE	73,53
184	SERINGA PERFUSORA 50 ML	UNIDADE	90,00
185	SERINGA POSIFLUSH C/ SOLUÇÃO SALINA	UNIDADE	7,89
186	SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO	UNIDADE	355,17
187	FRASCO PARA O SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO 1000ML	UNIDADE	58,20
188	FRASCO PARA O SISTEMA DE ASPIRAÇÃO FECHADO 500ML	UNIDADE	50,96
189	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL Nº 4, 6 E 8	UNIDADE	3,27
190	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL Nº 10, 12 E 14	UNIDADE	3,78
191	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL/URETRAL Nº 16, 18	UNIDADE	4,18

	E 20		
192	SONDA ENDOTRAQUEAL (C/ E S/ BALÃO) - ADULTO	UNIDADE	139,09
193	SONDA ENDOTRAQUEAL (C/ E S/ BALÃO) - INFANTIL	UNIDADE	76,17
194	SONDA FOLEY C/ 100% SILICONE C/ 2 VIAS E BALÃO - ADULTO	UNIDADE	124,50
195	SONDA FOLEY C/ 100% SILICONE C/ 2 VIAS E BALÃO - INFANTIL	UNIDADE	153,00
196	SONDA FOLEY SILICONIZADA C/ 2 VIAS - ADULTO	UNIDADE	6,28
197	SONDA FOLEY SILICONIZADA C/ 2 VIAS - INFANTIL	UNIDADE	7,26
198	SONDA GÁSTRICA 4, 6 E 8	UNIDADE	3,53
199	SONDA GÁSTRICA 10, 12, 14 E 16	UNIDADE	4,24
200	SONDA GÁSTRICA 18, 20 E 22	UNIDADE	6,02
201	SONDA P/ NUTRIÇÃO ENTERAL	UNIDADE	636,44
202	SONDA RETAL QUALQUER NÚMERO	UNIDADE	4,43
203	TAMPÃO OCULAR (MONÓCULO OCULAR)	UNIDADE	5,29
204	TIRA TESTE PARA HGT	UNIDADE	5,42

205	TORNEIRA C/ 3 VIAS	UNIDADE	15,88

Os Materiais do tipo Órteses, Próteses, Materiais Especiais e Síntese (OPME) não contemplados neste Referencial de Preços de Materiais Descartáveis, prevalecerão as rotinas de autorização para OPMES para procedimentos eletivos vigente na data de sua utilização e conforme fluxo citado pela Aeronáutica.

Com relação a utilização de fios cirúrgicos, serão utilizados os valores da revista **SIMPRO N°111 agosto/setembro de 2017, sem a margem de comercialização e/ou Brasíndice N° 900 de 07 de maio de 2018 sem margem de comercialização.**

Quando os Hospitais/ Prestadores, excepcionalmente, utilizarem materiais descartáveis (dentre todos os itens constantes no Referencial) com valores superiores aos previstos, os mesmos só serão pagos mediante apresentação de justificativa técnica e/ou administrativa plausível e autorização prévia.

Materiais Descartáveis que não estiverem contemplados neste Referencial Máximo, será cobrado **SIMPRO n° 111 (Agosto /Setembro 2017) mais 15% (quinze por cento).**

2.5. TABELA DE DIETA ENTERAL

Para Dietas Enterais, Parenterais e suplementos alimentares, serão remunerados conforme tabela referenciada e caso a dieta não faça parte da tabela, deve ser valorado BRASÍNDICE N° 860 setembro de 2016, com redutor de 40 % (quarenta por cento), mediante autorização prévia do setor de Auditoria de Contas Médicas.

Caso a dieta não esteja contemplada neste referencial , deve ser apresentada e cobrado o valor de nota fiscal sem margem.

FÓRMULAS INFANTIS		
1	ALFARÊ 400 G - NESTLÉ	R\$ 353,59
2	ALThERA - NESTLÉ	R\$ 353,59
3	APTAMILPEPTI 400 G - DANONE	R\$ 76,21
4	INFATRINI 400 G PÓ – DANONE	R\$ 211,51
5	NFATRINIFRASCO 125 ML	R\$ 65,62
6	KETOCAL 300G – DANONE	R\$ 450,82
7	NEOCATEADVANCE 400 G - DANONE	R\$ 354,14
8	NEOCATELCP 400 G	R\$ 318,73
9	PREGOMIN PEPTI 400 G – DANONE	R\$ 184,05
DIETAS ENTERAIS PEDIATRIA		
10	NUTINI ENERGY MF SF 500 ML - DANONE	R\$ 345,40
11	NUTRINI MAX MF FRASCO 500 ML – DANONE	R\$ 105,06
12	NUTRINI PEPTI SF 500 ML – DANONE	R\$ 438,16
13	NUTRINI STD FRASCO SF 500 ML	R\$ 212,48
SUPLEMENTOS PEDIATRIA		
14	FORTINI NEUTRO 400 G	R\$ 105,72
15	FORTINI MF MORANGO GRF 200 ML	R\$ 57,83
16	NUTREN JR BAUNILHA 400 G	R\$ 88,54
17	PEPTAMEN JR PÓ 400 G	R\$ 370,16

18	PEPTAMEN JR TETRA PRISMA 250 ML	R\$ 109,77
DIETAS ENTERAIS ADULTO		
19	IMPACT SF 1000 ML – NESTLÉ	R\$ 753,14
20	IMPACT PEPTIDE 1.5 SF NESTLÉ	R\$ 997,50
21	ISOSSOURCE 1.5 CAL SA 1000 ML – NESTLÉ	R\$ 347,08
22	ISOSOUCER SOYA FIBER 1000 ML – NESTLÉ	R\$ 105,63
23	NOVASOUCER GC SA 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 585,77
24	NOVASOUCER GC SF 1000 ML – NESTLÉ	R\$ 885,18
25	NOVASOUCER RENAL SF 1000 ML	R\$ 826,33
26	NUTRISON ADV PROTISON 500 ML – DANONE	R\$ 405,13
27	NUTRISON ENERGY 1.5 SA 1000 ML – DANONE	R\$ 368,30
28	NUTRISON ENERGY 1.5 SF 1000 ML – DANONE	R\$ 669,87
29	NUTRISON 1.0 STANDARD SF 1000 ML	R\$ 177,07
30	NUTRISON ADV DIASON ENERGY HP – DANONE	R\$ 1.109,64
31	NUTRISON ADV DIASON SF 1000 ML	R\$ 708,28
32	NUTRISON ADV CUBISON SF 1000 ML	R\$ 613,84
33	NUTRISON ENERGY MF SF 1000 ML	R\$ 354,14
34	NUTRISON PROTEIN PLUS ENERGY SF 1000 ML	R\$ 736,61
35	PEPTAMEN 1.5 SF 1000 ML - NESTLÉ	R\$ 858,20
36	PEPTAMEN HN BOLSA SF 500 ML	R\$ 613,84
37	PEPTAMEN AF SF - NESTLÉ	R\$ 708,28
38	FRESUBIN HEPA SF 500 ML	R\$ 212,48
SUPLEMENTOS ADULTO		
39	CUBITAN 200 ML – DANONE	R\$ 66,10
40	ENSURE PÓ BAUNILHA 400 G - ABBOTT	R\$ 59,70
41	FORTICARE 125 ML – DANONE	R\$ 115,68
42	ENSURE PLUS ADV 220 ML - ABBOTT	R\$ 40,13
43	GLUCERNA PÓ BAUNILHA 400 MG - ABBOTT	R\$ 78,07
44	GLUCERNA 1.5 200 ML – ABBOTT	R\$ 41,31
45	NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN 125 ML – DANONE	R\$ 82,63
46	NUTREN SENIOR 370 G - NESTLÉ	R\$ 82,63
47	NUTREN SENIOR 200 ML – NESTLÉ	R\$ 47,21
48	DIASIP BAUNILHA 200 ML – DANONE	R\$ 59,02
49	FRESUBIN 2 KCAL CREME 125 G – FRESENIUS KABI	R\$ 47,21

50	FRESUBIN 2.0 KCAL DRINK 200 ML – FRESENIUS KABI	R\$ 59,02
51	FRESUBIN JUCY DRINK 200 ML – FRESENIUS KABI	R\$ 47,21
52	IMPACT 200 ML – NESTLÉ	R\$ 53,12
53	NUTRIRENAL 200 ML - NUTRIMED	R\$ 55,48
MÓDULOS		
54	FM 85 1 G (FORTIFICANTE LM) - NESTLÉ	R\$ 2,28
55	IMPACT PRELOAD SACHÊ 25 G 9CHO) – NESTLÉ	R\$ 5,89
56	NUTRI DEXTRIN 400 G (CHO) – DANONE	R\$ 82,15
57	RESOURCE GLUTAMINA SACHÊ 5 G (GLUTAMINA) – NESTLÉ	R\$ 20,06
58	RESOURCE PROTEIN 240 G (PTN) - NESTLÉ	R\$ 248,69
59	RESOUCER FIBER MAIS SACHÊ 5G (FIBRA) – NESTLÉ	R\$ 5,72
60	RESOURCE FIBER MAIS FLORA SACHÊS 5 G (SIMBIÓTICO) - NESTLÉ	R\$ 24,79
61	RESOUCER THICKEN UP CLEAR SACHÊ 1,2 G (ESPESSANTE) – NESTLÉ	R\$ 7,07
62	SIMFORT (SIMBIÓTICO) - VITAFOR	R\$ 17,70
63	WHEY PROTEIN ISOLATE SACHÊ 15 G (PTN) - VITAFOR	R\$ 17,70
64	THICK E EASY SACHÊ 9 G (ESPESSANTE) – FRESSENIUS KABI	R\$ 21,14
65	TICKEN UP QUENCH SACHÊ 1.6 (ESTIMULANTE SALIVAÇÃO) - NESTLÉ	R\$ 9,44
66	ENFAMIL HMF (FORTIFICANTE LM) – MEAD JOHNSON NUTRITION	R\$ 6,13
67	MCT 500 ML (LIPÍDEO) – VITAFOR	R\$ 200,68

2.6. ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Para os OPME será utilizada a **SIMPRO N°111 agosto / setembro de 2017** acrescido da taxa de manutenção/guarda de 15% (quinze por cento).

Para os OPMEs que não constarem no referencial de preços de materiais descartáveis e/ou SIMPRO N°111 agosto/setembro de 2017, a CREDENCIANTE deverá apresentar 03 (três) orçamentos submetidos a auditoria prévia, e após autorizado, será pago o de menor valor, acompanhado da nota fiscal e acrescido de 15% (quinze por cento).

Solicitação de autorização para uso de OPME deverá ser realizada com valores a partir de R\$ 800,00 (oitocentos reais).

A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pela CREDENCIANTE.

Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pela CREDENCIANTE.

Para comprovação do valor do OPME, a nota fiscal emitida pelo fornecedor do OPME deverá esta anexa à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

O Credenciante reserva o direito de solicitar a qualquer momento as notas fiscais dos OPMEs autorizadas, independentes dos mesmos estarem contidos no referencial acordado, SIMPRO e orçamentos.

Quanto aos curativos especiais, o FUNSA não autoriza o uso para prevenção e a liberação do insumo quando justificado deve ser autorizado previamente.

Em hipótese alguma a Credenciada poderá cobrar dos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica, qualquer valor relacionado à utilização de OPME e/ou despesas hospitalares.

É expressamente proibida a substituição ou troca da OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica e devidamente justificado durante o ato cirúrgico.

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

Em caso de troca de OPME motivada por intercorrência médica a Credenciada deverá necessariamente comunicar o Credenciador em 48 horas úteis sob pena de glosa concernente ao material utilizado.

O material pode ser fornecido pelo HARF, através dos nossos fornecedores credenciado e nesse caso , a taxa de comercialização será cobrada pelo hospital.

A troca será aceita somente com apresentação de justificativa técnica fornecida pela Credenciada para análise da Auditoria do Credenciante.

Os procedimentos cirúrgicos eletivos só poderão ser agendados pela Credenciada após a liberação do Credenciante. A liberação ocorrerá em até 7 dias úteis, após a entrega dos orçamentos pela Credenciada ou fornecedor.

A Credenciada deverá fazer **constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização da OPME liberada**, junto a descrição do uso no relatório cirúrgico.

2.7. FILME RADIOLÓGICO

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será 31,59 (Trinta e um reais e cinquenta e nove centavos).

2.8. FISIOTERAPIA

Os Serviços de Fisioterapia a todos os usuários do FUNSA serão prestados conforme as disposições e tabelas abaixo:

FISIOTERAPIA HOSPITALAR

AVALIAÇÃO/ CONSULTA	SESSÃO DE FISIOTERAPIA EM AVM	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	SESSÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA
R\$ 69,00	R\$ 51,45	R\$ 48,30	R\$ 48,30

FISIOTERAPIA AMBULATORIAL

AVALIAÇÃO CONSULTA	FISIOTERAPIA MOTORA	ELESTROESTIMULAÇÃO (INCLUSO FISIOTERAPIA MOTORA)	ACUPUNTURA SESSÃO	BIOFEEDBACK SESSÃO	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
R\$ 69,00	R\$ 46,00	R\$ 74,55	R\$ 63,00	R\$180,00	R\$ 48,30

FISIOTERAPIA DOMICILIAR

VALIAÇÃO CONSULTA DOMICILIAR	SESSÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA DOMICILIAR	SESSÃO DE FISIOTERAPIA RESP. DOMICILIAR
R\$ 97,65	R\$ 55,65	R\$ 55,65

1. As sessões de Fisioterapia terão duração de 50 minutos.

2. Em apartamento ou enfermaria será permitida a cobrança de 01 (uma) sessão de Fisioterapia Respiratória e 01 (um) sessão de Fisioterapia Motora por dia compatível com a patologia. Em UTI adulto e pediátrico (maior de 1 ano) será permitido a cobrança de 02 (duas) sessões de Fisioterapia Respiratória e 1 (uma) sessão de Fisioterapia Motora por dia. Para paciente neonatal será permitido apenas Fisioterapia Respiratória.

3. Excepcionalmente quando o paciente estiver em respiração mecânica é autorizado 03 sessões de fisioterapia respiratória /dia na UTI.

4. Paciente em atendimento ambulatorial/domiciliar serão liberadas 10 sessões de fisioterapia/mês, podendo chegar ao limite máximo de 20 sessões/mês de acordo com parecer médico.

5. As codificações das etapas ficam sob a responsabilidade do credenciado, o valor informado é único e independente das especialidades por vezes determinada pela solicitação médica.

6. As fisioterapias exigem autorização prévia e as solicitações devem ser encaminhadas, através do e-mail- auditoria.harf@gmail.com.

2.9. PSICOLOGIA / FONOAUDIOLOGIA / NUTRIÇÃO / TERAPIA OCUPACIONAL

Os Serviços Terapêuticos a todos os usuários do FUNSA serão prestados conforme as disposições e tabelas abaixo:

PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO/ CONSULTA	SESSÃO DE PSICOTERAPIA INDIVIDUAL/ FAMILIAR	SESSÃO DE PSICOTERAPIA EM GRUPO	SESSÃO DE PSICOTERAPIA E/OU PSICOPEDAGOGIA INFANTIL	AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA / NEURO COGNITIVA (50000470 E 20104219)
R\$ 69,00	R\$ 73,92	R\$ 53,55	R\$ 77,17	R\$ 301,62

OBS.: A avaliação neuropsicológica corresponde a consulta e as sessões com a finalidade de definir o diagnóstico e a conduta terapêutica.

FONOAUDIOLOGIA

AVALIAÇÃO/ CONSULTA AMBULATORIAL	AVALIAÇÃO/ CONSULTA DOMICILIAR	SESSÃO DE FONO AMBULATORIAL/ HOSPITALAR	SESSÃO DE FONO DOMICILIAR
R\$ 69,00	R\$ 97,65	R\$ 45,15	R\$ 73,92

NUTRIÇÃO

AVALIAÇÃO/CONSULTA AMBULATORIAL	AVALIAÇÃO/CONSULTA DOMICILIAR
R\$ 69,00	R\$ 97,65

TERAPIA OCUPACIONAL

AVALIAÇÃO/ CONSULTA AMBULATORIAL	AVALIAÇÃO /CONSULTA DOMICILIAR	SESSÃO DE T.O. AMBULATORIAL	SESSÃO DE T.O. DOMICILIAR	INTEGRAÇÃO SENSORIAL
R\$ 69,00	R\$ 97,65	R\$ 53,55	R\$ 66,67	R\$ 130,00

Quando os serviços relacionados no item 2.8 forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social, que será recolhido pelo Credenciador na forma da lei

2.10. PACOTE PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA REFERENCIAL DE PACOTES PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PACOTE	INCLUSO	EXCLUSO	VALOR
Atendimento de emergência	01 consulta médica, 01 parecer médico(a partir do 2º parecer , remunera-se 2B por parecer), o repouso na urgência , todos os gases, inclusive nebulizações(incluso oxigênio e os medicamentos), todos os materiais necessários na urgência e todos os medicamentos até R\$85,00, 01(um) Rx de imagem, pequenos procedimentos cirúrgicos, como suturas drenagens de abscesso e todos os exames laboratoriais. E em caso de retorno de até 15 dias ou internação com o mesmo CID , será cobrado 50% do valor do pacote.	2º Parecer do médico, SADT (serviço de apoio diagnóstico e terapia)	ALTA: R\$ 375,00 MÉDIA: R\$ 345,00 BAIXA: R\$ 325,00

OBS: A cobrança do pacote se dá quando justificado atendimento de urgência, ou seja, os atendimentos por encaminhamento para internamento ou realização de exame não pode ser cobrado em forma de pacote.

2.11. PACOTE DE REVASCULARIZAÇÃO

TUSS	PROCEDIMENTO	VALOR HOSPITAL
30903025	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	R\$ 28.000,00
30905036	INSTALAÇÃO DO CIRCUITO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA CONVENCIONAL	
30905060	PERFUSIONISTA – EM PROCEDIMENTO CARDÍACOS	
30906164	CATETERISMO DA ARTÉRIA RADIAL – PARA PAM	
30912083	COLOCAÇÃO DE CATETER INTRACAVITÁRIO PARA MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA	

- **INCLUSO:**
- Até 05 (cinco) diárias em apartamento ou enfermaria
- Até 02 (duas) diárias em UTI
- Taxas de sala e equipamentos
- Materiais (descartáveis, órteses, próteses e adesivos biológicos) e medicamentos inerentes ao procedimento
- SADT complementares

- Gasoterapia

EXCLUSO:

- Honorários médicos
- Anestesiologista
- Enxertos

2.12. HEMODINÂMICA

Os seguintes serviços de Hemodinâmica serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES PARA HEMODINÂMICA

PACOTE	MATERIAL	VALOR
CATETERISMO CARDÍACO	01 CATÉTER JUD DIR	R\$ 4.131,75
	01 CATÉTER JUD ESQ	
	01 CATÉTER PIGTAIL	
	01 INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 FIO GUIA J/FIO HIDROFÍLICO	
	01 MANIFOLD	
	CONTRASTE	
ANGIOGRAFIA/ ARTERIOGRAFIA CORONARIANA	01 FIO GUIA 0,14	R\$ 4.184,25
	01 CATÉTER ANGIOGRÁFICO	
	01 INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 FIO GUIA J/FIO HIDROFÍLICO	
	01 MANIFOLD	
	CONTRASTE	
	01 CATETER PIGTAIL	

ANGIOPLASTIA CORONARIANA ÚNICO VASO	01 BOMBA INDEFLATOR	R\$ 14.747,25
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 FIO GUIA 0,14	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 CATÉTER BALÃO	
	01 CATÉTER GUIA	
	01 FIO GUIA J/ FIO HIDROFÍLICO	
	01 INTRODUTOR	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE	
	01 CONECTOR Y	
	CONTRASTE	
	ANGIOPLASTIA MÚLTIPLOS VASOS	
02 FIO GUIA J/ FIO HIDROFÍLICO		
01 MANIFOLD		
01 SERINGA DE BOMBA		
01 PERCLOSE		
01 EXTENSÃO DE BOMBA		
02 CATÉTER BALÃO		
02 CATÉTER GUIA		
02 FIOS GUIA 0,14		
01 INTRODUTOR		
01 ROTOR e MANIPULADOR		
01 CONECTOR Y		
CONTRASTE		

CATETERISMO + ANGIOPLASTIA ÚNICO VASO	01 CATÉTER JUD DIR	R\$ 16.350,60
	01 CATÉTER JUD ESQ	
	01 CATÉTER PIGTAIL	
	01 INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE	
	01 FIO GUIA / FIO HIDROFÍLICO	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	01 CATÉTER BALÃO	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 CONECTOR Y	
	CONTRASTE	
CATETERISMO + ANGIOPLASTIA MÚLTIPLOS VASOS	01 CATÉTER JUD DIR	R\$ 17.403,75
	01 CATÉTER JUD ESQ	
	02 CATÉTER PIGTAIL	
	01 INTRODUTOR	
	01 EXTENSÃO DE BOMBA	
	01 MANIFOLD	
	01 PERCLOSE	
	02 FIO GUIA J/ FIO HIDROFÍLICO	
	01 SERINGA DE BOMBA	
	02 CATÉTER J 0,33	

	01 PERCLOSE	
	02 CATÉTER BALÃO	
	01 ROTOR e MANIPULADOR	
	01 CONECTOR Y	
	CONTRASTE	
MATERIAL ESPECIAL OPME	STENT FARMACOLÓGICO	R\$ 7.500,00
	STENT CONVENCIONAL	R\$ 2.900,00
OBSERVAÇÕES		
<p>1. INCLUSO: Taxa de repouso até 6 horas após procedimento ambulatorial; Taxa de salas e equipamento utilizados; Medicamentos e materiais de consumo; Anestésicos</p> <p>2. EXCLUSOS: Honorários médicos; Exames laboratoriais; Hemoterápicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos de Alto Custo: Antagonistas dos receptores IIB – IIIAB (Agrastat e Reopro), Trombolíticos (Actlyse e Estreptoquinase), drogas para embolização . 2. OPME e Materiais Especiais utilizado em quantidade superiores ou que não constem no Pacote, a cobrança do referido material deverá ser realizada conforme tabela negociada mediante laudo médico detalhado. 3. Para os procedimentos que não tem pacote negociado, a cobrança será em conta aberta, considerando a tabela negociada e mediante autorização prévia. 		

2.13. MATERNIDADE

Os seguintes serviços de Maternidade serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES PARA MATERNIDADE

PACOTE	INCLUSO	VALOR
PARTO NORMAL	02 DIÁRIAS DE APTO E OU ENFERMARIA	R\$ 6.500,00
	TX DE SALA E DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO	
	MEDICAMENTOS E DESCARTÁVEIS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO/GASES	
PARTO CESÁRIO	TX DE SALA E DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO	R\$ 6.500,00

	MEDICAMENTOS E DESCARTÁVEIS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO/GASES	
VÍDEO-HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA	TX DE SALA E DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO	R\$6.500,00
	MEDICAMENTOS E DESCARTÁVEIS UTILIZADOS NO BLOCO E BERÇÁRIO/GASES	
	INCLUSO 1 DIÁRIA, TX DE SALA EQUIPADA COM SET DE VIDEO , HISTEROSCÓPIO E VERSAPOINT, MEDICAMENTOS, GASOTERAPIA, MATERIAIS	
CURETAGEM	TX DE SALA E DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO BLOCO	R\$ 2.212,00
	MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS NO BLOCO	
	01 DIÁRIA DE APTO OU ENFERMARIA	
OBSERVAÇÕES		
1. EXCLUSOS:		
Honorários médicos e Anestesia; Medicamentos de Alto Custo e não rotineiros, ex: Matergam e outros;		
Intercorrência;		
Despesas com acompanhante;		
Sangue e/ou hemoderivados;		
Óxido nítrico;		
Incubadora, oxigenioterapia e fototerapia;		
Investigação diagnóstica, laboratorial e radiológica (Imagem)		

2.14. NEFROLOGIA

Os seguintes serviços de Nefrologia serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES PARA NEFROLOGIA

PACOTE	INCLUSO	VALOR
Consulta Eletiva (consultório)	-	R\$ 104,00

Pareceres e visitas hospitalares	-	R\$ 69,53
Hemodepuração de casos agudos/ Hospitalar (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 12 horas realizado no HARF	Todos os materiais descartáveis inerentes ao procedimento, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 899,99
Hemodepuração de casos agudos/ Hospitalar (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração- realizado no HARF	Todos os materiais descartáveis, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos necessários e honorários médicos.	808,33
Hemodepuração de casos agudos/ Hospitalar (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 12 horas quando realizado na Rede Credenciada	Todos os materiais descartáveis inerentes ao procedimento, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$1.287,00
Hemodepuração de casos agudos/ Hospitalar (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) – até 04 horas quando realizado na Rede Credenciada	Todos os materiais descartáveis inerentes ao procedimento, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$1.257,69
Hemodiálise Crônica/ Ambulatorial (por sessão). Inclui medicamentos especiais.	Todos os materiais descartáveis, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos necessários (inclusive Eritropoetina, e Noripurum, Calcitriol, composto de ferro) e honorários médicos.	R\$ 557,53
Hemodiálise	- Todos os materiais descartáveis, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos	R\$ 469,65

Crônica/Ambulatorial (por sessão) Sem medicamentos especiais.	necessários e honorários médicos.	
Hemodiálise Crônica (por sessão). Paciente HIV+ com medicamentos especiais.	- Todos os materiais descartáveis, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos necessários (inclusive Eritropoetina, Noripurum, Calcitriol, composto de ferro) e honorários médicos.	R\$ 797,32
Hemodiálise Crônica (por sessão). Para pacientes especiais, incluindo medicamentos especiais.	- Todos os materiais descartáveis, taxas, soluções ácidas e básicas, medicamentos necessários (inclusive Eritropoetina, Noripurum, Calcitriol, composto de ferro), alimentação do paciente durante a sessão e honorários médicos.	R\$ 797,32
Confecção de Fístula Arteriovenosa.	Todos os materiais descartáveis (inclusive fios cirúrgicos), taxas, medicamentos necessários e honorários médicos.	R\$ 1.313,71
Implante de cateter para hemodiálise (cateter duplo e/ou triplo lúmen).	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos.	R\$ 783,12
Implante de cateter peritoneal (cateter Tenckhoff).	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos.	R\$ 1.205,82
Retirada de cateter Tenckhoff.	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos.	R\$ 898,70
Diálise peritoneal automática por sessão de 12 horas.	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e HM.	R\$ 831,19
Diálise peritoneal automática (pacientes crônicos em treinamento / 9 dias)	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos.	R\$ 2.349,38
Diálise peritoneal automática (pacientes crônicos/manutenção –	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e	

30 dias – sessões domiciliares diárias de até 12 horas)	honorários médicos.	R\$ 7.569,17
Diálise contínua por 12 horas por prisma flex	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos, kit Prismaflex, bolsa de drenagem para hemodiálise alto fluxo, distribuidor torneira alto fluxo, tubo extensor fibra prismatherm FC, sol. de citrato de sódio 4% (conforme prescrição médica). sol.eletrol/diálise manipulada TSR (sódio 0,57-0,82%)	R\$ 3.795,62
HEMODIUFILTRAÇÃO	Todos os materiais descartáveis, taxas, gases, medicamentos necessários e honorários médicos. Exige autorização prévia e o procedimento tem DUT (diretriz de utilização)	R\$ 780,00

2.15. RADIOTERAPIA

Os seguintes serviços de Radioterapia serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES PARA RADIOTERAPIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
41203054	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) por tratamento	18.900,00
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
41203062	Radioterapia Conformada Tridimensional (com RCT 3D) com acelerador linear por tratamento	14.900,00
41203070	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons por campo	74,03
41203089	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear só com Fótons por campo	51,53
41203097	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Unidade de Telecoblato por campo	48,22
41203100	Radioterapia de corpo inteiro -por tratamento	284,28
41203119	Radioterapia de meio corpo (HBI) por dia de tratamento	284,28

41203127	Radioterapia de Pele Total (TSI) por tratamento	14.900,00
41203151	Radioterapia Externa de Ortovoltagem (Roentgenerapia) por campo	32,00
41204018	Colimação individual 1 por incidência planejada	256,71
41204026	Filme de verificação (cheque filme) 1 por incidência planejada /semana filme à parte	42,30
41204034	Planejamento de tratamento computadorizado 1 por volume tratado	371,60
41204042	Planejamento de tratamento computadorizado tridimensional 1 por volume tratado	1.388,33
41204050	Planejamento de tratamento simples (não computadorizado) 1 por volume tratado	241,13
41204069	Simulação de tratamento complexo (com tomografia e com contraste) 1 por volume tratado	256,18
41204077	Simulação de tratamento intermediário (com tomografia) 1 por volume tratado	256,18
41204085	Simulação de tratamento simples (sem tomografia computadorizado) 1 por volume tratado	256,18
41204093	Sistema de imobilização cabeça (máscaras) ou membros 1 por tratamento	143,92
41204107	Sistema de imobilização tórax , abdome ou pélvis 1 por tratamento	426,42
41206070	Simulação de braquiterapia por inserção	406,38
41203020	Radioterapia (RTC) nível 1, lesão única e/ou um isocentro por tratamento	14.900,00
41203038	Radiocirurgia (RTC) nível 2, duas lesões e/ou dois isocentro por tratamento	14.900,00
41203046	Radiocirurgia (RTC) nível 3, três lesões e/ou três isocentro por tratamento	15.900,00
41203135	Radioterapia esterotáxica , primeiro dia e Tratamento	8.579,02
41203143	Radioterapia esterotáxica , por dia subsequente	447,60
41205014	Braquiterapia endoluminal de alta dose (BATD) por inserção	1.883,25
41205030	Braquiterapia intersticial de alta dose (BATD) por inserção	1.883,25
41205073	Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (BATD) por inserção	1.883,25
41505120	Braquiterapia por moldagem ou contato , de alta taxa de dose (BATD) por inserção	1.883,25

41206037	Colocação ou retirada dos cateteres 1 colocação e 1 retirada por inserção	671,41
41206010	Filme de verificação (cheque filme) de braquiterapia 2 por inserção -filme à parte	39,30
41206045	Planejamento computadorizado de braquiterapia 1 por inserção	276,38
41206053	Planejamento computadorizado tridimensional de braquiterapia 1 por inserção	1.731,84
41206070	Simulação de braquiterapia 1 por inserção	406,38
41205057	Braquiterapia intersticial de baixa taxa de dose (BBTD) permanente de próstata -por tratamento	8.431,96

2.16. PACOTE PET SCAN

REFERENCIAL DE PACOTE PARA PET SCAN

INCLUSO	VALOR
HONORÁRIOS MÉDICOS	R\$ 4.500,00
TAXAS DE SALAS E EQUIPAMENTOS	
FILME	
CONTRASTE	
Obs.: INCLUSOS: Materiais inerentes aos procedimentos; Medicamentos, inclusive radiofármacos;	

2.17. PACOTES DE EXAMES TOXICOLÓGICOS

REFERENCIAL DE EXAMES TOXICOLÓGICOS

INCLUSO	VALOR
1.PESQUISA DE DROGAS DE ABUSO - Metanfetamina, Opiáceos, Canabinóides, Anfetaminas, Barbitúricos, Ecstasy, Cocaína, Metadona, Antidepressivos, Tricíclicos e Benzodiazepínicos.	R\$ 74,76
2. ETANOL	R\$ 22,05
Obs: Exame de etanol realizado através do material de urina	
TOTAL GERAL	R\$ 96,81

2.18. PACOTES DE PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

Os seguintes serviços de Oftalmologia serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES OFTALMOLÓGICOS

PACOTE	INCLUSO	VALOR
FACECTOMIA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco	R\$ 2.572,50

(Facoemulsificação)- incluso lente intraocular dobrável nacional esférica no valor de R\$ 420,00	Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	
	Aluguéis , Taxas e Gases	
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (Trabeculectomia)	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco	R\$ 1.958,25
	Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	
	Aluguéis , Taxas e Gases	
APLICAÇÃO INTRAVÍTREA COM DROGA ANTIANGIOGÊNICA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco	R\$ 4.739,52
	Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	
	Aluguéis , Taxas e Gases, HM	
TESTE/EXERCÍCIO ORTÓPTICO	Teste	R\$ 38,58
	Exercício (pacote com até 10 sessões)	R\$ 162,75
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA (Trabeculectomia)COM VÁLVULA DE AHMED	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 9.679,42
CIRURGIA DE PTERÍGIO SOB BLOQUEIO PERIBULAR SEM COLA BIOLÓGICA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 1.417,50
CIRURGIA DE PTERÍGIO SOB BLOQUEIO PERIBULAR COM COLA BIOLÓGICA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 2.399,25

EXÉRESE DE TUMOR PALPEBRAL	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 918,75
CIRURGIA DE ESTRABISMO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 1.575,00
TRANSPLANTE DE CÓRNEA+ FACECTOMIA POR FACO EMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 8.242,50
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 6.218,62
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 7.637,85
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$7.462,35
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +IMPLANTE DE ÓLEO DE SILICONE	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 8.381,62
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER+ ÓLEO DE SILICONE+ INFUSÃO PFC	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 10.744,70
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER + ÓLEO DE SILICONE+INFUSÃO PFC	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 10.744,70
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER+ TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 12.410,21

VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER+ TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$12.410,21
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$12.410,21
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER+ TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8+ FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 13.464,75
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER + TROCA DE FLUIDO GASOSA+INFUSÃO DE GÁS C3F8+ FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$13.464,75
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +RETINOPEXIA+ENDOLASER+ INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 13.464,75
VITRECTOMIA VIA PARS PLANA +MEMBRANECTOMIA+ENDOLASER + INFUSÃO DE PFC +OLEO DE SILICONE FACECTOMIA POR FACOEMULSIFICAÇÃO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$13.464,75
DELAMINAÇÃO CORNEANA-LASIK MONOCULAR/PRK- INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 2.100,00
IMPLANTE DE ANEL INTRA- ESTROMAL	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 5.569,72
IMPLANTE FARMACOLÓGICO E POLÍMERO COM LIBERAÇÃO CONTROLADA -ORZUDEX	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis /opme utilizados no bloco	R\$ 5.775,00

FOTOTRABECULOPLASTIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 530,25
IRIDECTOMIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 530,25
SINEQUIOTOMIA MONOCULAR-A LASER -INCLUSO HONORÁRIO MÉDICO	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 530,25
PTOSE PALPEBRAL	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$ 1.260,00
TRANSPLANTE DE CÓRNEA	Taxa de sala e equipamentos utilizados no bloco, aluguéis, taxas, gases/ Medicamentos e descartáveis/opme utilizados no bloco	R\$5.775,00

2.19. HOME CARE

O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente, conforme elegibilidade de tabela de classificação para assistência domiciliar - ABEMID/ NEAD), no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente. A internação será através de diária global.

Os valores de Home Care e as taxas valoradas são contempladas apenas para o internamento domiciliar não podendo cobrar taxas que não estejam nesse referencial, conforme referencial abaixo:

REFERENCIAL DE HOME CARE

DIÁRIA	DESCRIÇÃO	PREÇO
ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas)	INCLUSOS: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, cadeira higiênica, poltrona, andador, muletas, bengalas; copo umidificador, suporte de soro, estetoscópio, kit PA adulto, mala de urgência, mala de insulina, mala de medicamento de alta vigilância, laringoscópio, nebulizador eletrônico, termômetro, inalador elétrico; Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares. Permanência de profissional de enfermagem (auxiliares e/ou técnicos), considerando a quantidade de horas necessárias, de acordo	R\$ 441,00

	com as tabelas descritas acima. Remoção para implantação da internação; Transferência para o hospital quando gravidade do paciente.	
MÉDIA COMPLEXIDADE (Enfermagem 12 horas)	INCLUSOS: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, cadeira higiênica, poltrona, andador, muletas, bengalas; copo umidificador, suporte de soro, estetoscópio, kit PA adulto, mala de urgência, mala de insulina, mala de medicamento de alta vigilância, laringoscópio, nebulizador eletrônico, termômetro, inalador elétrico; Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares. Permanência de profissional de enfermagem (auxiliares e/ou técnicos), considerando a quantidade de horas necessárias, de acordo com as tabelas descritas acima. Remoção para implantação da internação; Transferência para o hospital quando gravidade do paciente.	R\$ 383,51
BAIXA COMPLEXIDADE (Enfermagem 6 horas)	INCLUSO: Kit Básico de internação e materiais permanentes (cama hospitalar, colchão de qualquer tipo e de acordo com a necessidade do paciente, escadinha, grades, cadeira higiênica, cadeira de rodas, aparador masculino (papagaio) e feminino (aparadeira), bandejas de inox, cuba rim, fluxômetro, cadeira higiênica, poltrona, andador, muletas, bengalas; copo umidificador, suporte de soro, estetoscópio, kit PA adulto, mala de urgência, mala de insulina, mala de medicamento de alta vigilância, laringoscópio, nebulizador eletrônico, termômetro, inalador elétrico; Kit básico de Home Care (impressos para prontuário); Treinamento de um familiar para ser cuidador; coleta e recolhimento de resíduos hospitalares. Permanência de profissional de enfermagem (auxiliares e/ou técnicos), considerando a quantidade de horas necessárias, de acordo com as tabelas descritas acima. Remoção para implantação da internação; Transferência para o hospital quando gravidade do paciente.	R\$ 210,00
CONCENTRADOR DE OXIGÊNIO	INCLUSO: Taxa	R\$ 21,50
BOMBA DE INFUSÃO NAS 24hs		R\$ 8,59

ASPIRADOR NAS 24 hs	INCLUSO: Látex, coletor e água destilada	R\$ 20,44
OXÍMETRO DE PULSO NAS 24hs		R\$ 34,64
MONITOR NAS 24hs		R\$ 34,64
VNI /BIPAP com oxigênio / hora		R\$ 8,20
CPAP com oxigênio /hora		R\$ 7,40
RESPIRADOR nas 24 hs	Independente do tipo de respirador /modo	R\$ 44,00
OXIGÊNIO POR HORA		R\$10,30
OXIGÊNIO + AR COMPRIMIDO POR HORA		R\$ 12,50
NEBULIZAÇÃO POR APLICAÇÃO	INCLUSOS: medicações (Aerolin, Brometo de Ipratrópio, Fenoterol e Cloreto de Sódio) + Oxigênio.	R\$ 8,09
MEDICAÇÃO DE 4/4HS	INCLUSO: Serviços e Taxas EXCLUSO: Medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 189,00
MEDICAÇÃO DE 6/6HS	INCLUSO: Serviços e Taxas EXCLUSO: Medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 147,00
MEDICAÇÃO DE 8/8HS	INCLUSO: Serviços e Taxas EXCLUSO: Medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 126,00
MEDICAÇÃO DE 12/12HS	INCLUSO: Serviços e Taxas EXCLUSO: Medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	R\$ 94,50
MEDICAÇÃO DE	INCLUSO: Serviços e Taxas,	R\$ 52,50

24/24HS	EXCLUSO: Medicamentos e materiais descartáveis relacionado ao procedimento.	
REMOÇÃO PERÍMETRO URBANO S/MÉDICO	INCLUSO: Serviços e Taxas,	R\$ 85,45
REMOÇÃO PERÍMETRO URBANO C/MÉDICO	INCLUSO: Serviços e Taxas,	R\$ 137,18
<p>INCLUI-SE ainda no valor da diária os seguintes itens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transporte de equipamentos, medicamentos e materiais; 2. Coleta e recolhimento de exames laboratoriais; 3. Antissepsia e assepsia de equipamentos e materiais; 4. Cuidados integrais da equipe de enfermagem; 5. Coleta de lixo hospitalar; 6. Materiais descartáveis para o manuseio e descarte de insumos de saúde; 7. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPI), algodão, compressa cirúrgica, bem como álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico e outros; 8. Nebulizador; 9. Aspirador de qualquer tipo; 10. Bandeja de curativo e de sondagem vesical; 11. Bomba de infusão; 12. Gerador de energia, filtro de linha e adaptador de tomada; 13. Focos luminosos; 14. Mesas cirúrgicas auxiliares; 15. Mobiliário para acondicionamento dos medicamentos, materiais, equipamentos; <p>OBS: Todos os gases citados acima são divisíveis por fração de 1 (um) minuto.</p>		

Os Serviços a todos os usuários do FUNSA serão prestados conforme as disposições e tabelas abaixo:

ENFERMAGEM

CONSULTA AMBULATORIAL	CONSULTA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR (72000047)	AValiação DOMICILIAR
Não Contempla	Não Contempla	R\$ 40,00	Não Contempla

MÉDICO

CONSULTA	CONSULTA	VISITA	AValiação
----------	----------	--------	-----------

AMBULATORIAL	DOMICILIAR (10101020)	DOMICILIAR	DOMICILIAR
Não Contempla	R\$ 129,72	Não contempla	Não Contempla

CONSIDERAÇÕES À RESPEITO DA ATENÇÃO / INTERNAMENTO DOMICILIAR:

1. Os descartáveis devem ser cobrados conforme tabela referenciada;
2. As visitas de enfermagem e médicas devem ser valoradas conforme tabela acima independente da complexidade;
3. Atentar aos itens inclusos e excluídos da tabela presente neste edital;
4. As terapias devem ser valoradas conforme previsto neste edital;

RESPONSABILIDADES DA FAMÍLIA:

1. As dietas enterais são de responsabilidade da família;
2. Medicação profilática e de uso contínuo (Antidepressivos, ansiolíticos, diuréticos, hipoglicemiantes, anti-hipertensivos).
3. Pomadas preventivas e hidratantes;
4. Produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis;
5. Andador;
6. BIPAP / CPAP;
7. Cadeira de Banho;
8. Cadeira de rodas;
9. Colchão Pneumático ou Caixa de Ovo;
10. Comadre / papagaio
11. Nebulizador;
12. Termômetro;

OBS.: Reitero que a internação domiciliar é um serviço compartilhado, sendo de responsabilidade da família a aquisição e ou locação dos itens informados.

2.20. HEMOTERAPIA

Os Serviços de Hemoterapia serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE CUSTOS – HEMOTERAPIA

PACOTE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS,	

	ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	R\$ 713,93
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS,	

	ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	R\$ 730,28
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS	R\$ 690,15
40402070	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS RANDÔMICAS	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS,	

	ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE PLAQUETAS POR AFÉRESE

ÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402061	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE	R\$ 3.943,95
40402061	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCEAS LAVADAS	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
SIMPRO	MATERIAL DESCARTÁVEL (KIT) E SOLUÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM ÁFERESE.	
40403270	NAT/HCV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403297	NAT/HIV POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	

40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM AFÉRESE	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403394	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL GEL TESTE	
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE	
40403459	S. CHAGAS EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403637	S. CHAGAS HA POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403670	S. HEPATITE B (HBsAG) RIE OU EIE POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403475	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403513	S. HIV-EIE POR SANGUE TOTAL - TESTE I	
40403513	S. HIV-EIE POR SANGUE TOTAL - TESTE I	
0403572 40403599	S. SÍFILIS-FTA-ABS POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL S. SÍFILIS-HA POR UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE PLASMA FRESCO CONGELADO

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402096	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLASMA CONGELADO	
40402096	UNIDADE DE CONCENTRADO DE PLASMA	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS,	

	ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	R\$ 682,92
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
30909090	UNIDADE DE PLASMA	R\$ 3.855,81

ESTÃO INCLUSOS NESTE VALOR OS PROCEDIMENTOS/TAXAS DESCRITOS ABAIXO:

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO
40403300	OPERAÇÃO DE PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE EM AFÉRESE
40402010	PROCESSADORA AUTOMÁTICA DE SANGUE/AUTO TRANSFUSÃO INTRA-OPERATÓRIA
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de

	responsabilidade)
SIMPRO	Material descartável (KIT) e soluções para utilização de soluções para utilização de processadora automática de sangue/ auto transfusão intraoperatória.

PACOTE DE CRIOPRECIPITADO

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO	R\$ 684,89
40402088	UNIDADE DE CRIOPRECIPITADO DE FATOR ANTI-HEMOFÍLICO	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403890	NAT/HBV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696 40403386	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador) PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	

40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE UNIDADE DE SANGUE TOTAL

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402100	UNIDADE DE SANGUE TOTAL	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
40403262	NAT/HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403289	NAT/HIV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	R\$ 738,07
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO – GEL TESTE (Doador)	
40403386	PESQUISA DE HEMOGLOBINA S POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – GEL TESTE	
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL COMPLETA – GEL TESTE	
40403424	S. ANTI - HTLV I + HTLV - II POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403440	S. CHAGAS EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403629	S. CHAGAS HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403467	S. HEPATITE B ANTI-HBC POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403483	S. HEPATITE C ANTI-HCV POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE I	
40403505	S. HIV-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO – TESTE II	
40403548	S. SÍFILIS-EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403580	S. SÍFILIS-HA POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40403661	S. HEPATITE B (HBsAG) EIE POR COMPONENTE HEMOTERÁPICO	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

Obs.: Se necessário realizar Irradiação de Hemocomponentes, Desleucocitação de Hemocomponentes e Filtragem de Hemocomponentes, serão acrescentados os MATERIAIS / PROCEDIMENTOS a parte do Pacote de Hemocomponentes, conforme tabela aberta de PROCEDIMENTOS / MATERIAIS ESPECIAIS (COBRANÇA POR UNIDADE) / PROCEDIMENTOS ABERTOS.

OUTROS PACOTES

PACOTE DE SANGRIA TERAPÊUTICA

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
40402037	SANGRIA TERAPÊUTICA	R\$ 55,46
	ESTÃO INCLUSOS NESTE VALOR OS PROCEDIMENTOS/TAXAS DESCRITOS ABAIXO:	
40402037	SANGRIA TERAPÊUTICA	
40401014	TRANSFUSÃO (Ato médico hospitalar de responsabilidade)	

PACOTE DE RESERVA PARA CIRURGIA

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
70701010	RESERVA/PREPARO DE BOLSA DE SANGUE PARA CIRURGIAS	R\$ 61,73
	ESTÃO INCLUSOS NESTE VALOR OS PROCEDIMENTOS/TAXAS DESCRITOS ABAIXO:	
40403181	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH GEL TESTE (RETIPAGEM UNIDADE)	
0403327	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS ANTIERITROCITÁRIOS, ANTI A E/OU ANTI B-GEL TESTE (Tipagem Reserva do Receptor)	
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS GEL TESTE (Receptor)	
40403696	TESTE DE COOMBS DIRETO - GEL TESTE (Doador)	

1. Os procedimentos acima só serão pagos quando houver a reserva do sangue /bolsa se o mesmo não for transfundido.
2. Devendo ser pago por cada unidade de reserva solicitada.

PROCEDIMENTOS/MATERIAIS – COBRANÇA POR UNIDADE

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS/ PROCEDIMENTOS ABERTOS

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
--------------------------	------------------	--------------

40403025	ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS E IMUNES - TITULAGEM	R\$ 19,75
40403920	DETERMINAÇÃO DO FATOR RH	R\$ 16,19
40403149	FENOTIPAGEM DE OUTROS SISTEMAS ERITROCITÁRIOS – POR FENOTIPO – GEL TESTE	R\$ 25,09
40403157	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH-HR 9D, C, E, C e C) – GEL TESTE	R\$ 35,50
40403190	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS – MÉTODO DE ELUIÇÃO	R\$ 58,20
40403211	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCEAS	R\$ 47,21
40403238	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCEAS GEL LISS	R\$ 50,65
40403220	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS C/ PAINEL DE HEMÁCEAS TRATADAS POR ENZIMAS	R\$ 55,35
40403203	IDENTIFICAÇÃO DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS - PAINEL DE HEMÁCEAS ENZIMÁTICO	R\$ 55,35
40403378	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS A FRIO	R\$ 18,69
40403360	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS – MÉTODO DE ELUIÇÃO	R\$ 21,42
40403351	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES ANTIERITROCITÁRIOS – GEL TESTE	R\$ 10,43
40402134	TAXA IRRADIAÇÃO DE COMPONENTES HEMOTERÁPICOS	R\$ 37,39
40403700	TESTE DE COOMBS DIRETO – MONO ESPECÍFICO (IgG, IgA, C3, c3D, Poliv. -AGH) - GEL TESTE	R\$ 42,00
40304884	TESTE DE COOMBS INDIRETO	R\$ 23,41
40403718	TESTE DE COOMBS INDIRETO – MONO ESPECÍFICO (IgG, IgA, C3, C3D, POLIV-AGH) – GEL TESTE.	R\$ 42,00
40403416	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ-TRANSFUSIONAL	R\$ 12,44

	COMPLETA – GEL TESTE	
40402118	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCEAS – POR UNIDADE	R\$ 188,06
40402126	DELEUCOTIZAÇÃO DE UNIDADE DE CONTRADO DE PLAQUETAS – ATÉ 6 UNIDADES	R\$ 239,47
40304485/ 40304892	MIELOGRAMA PACOTE	R\$276,39

MATERIAIS (COBRANÇA POR UNIDADE)

CÓDIGO SIMPRO	DESCRIÇÃO	VALOR
41522	FILTRO PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS/ UNIDADE DE PLAQUETAS	R\$ 365,00
41516	FILTRO PARA REMOÇÃO DE LEUCÓCITOS/ UNIDADE DE HEMACEAS	R\$ 438,48
35201	KIT DE AFÉRESE	R\$ 3.614,73

2.21. PACOTE DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

Os seguintes procedimentos endoscópicos serão prestados a todos os usuários do FUNSA conforme as disposições e tabela abaixo:

REFERENCIAL DE PACOTES PARA PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS

PACOTE	INCLUSO	VALOR
Consulta Gastroenterologia clínica-10101012	-	R\$ 104,00
Video endoscopia digestiva alta sem biópsia/teste de urease-40201120	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 415,27
Video endoscopia digestiva alta com biópsia/teste de urease-40202038	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 654,90

Video colonoscopia sem biópsia- 40201082	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 575,43
Video colonoscopia com biópsia- 40202666	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 685,43
Polipectomia(S) esôfago, estomago duodeno- 40202550	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 831,13
Polipectomia(S) do cólon- 40202542	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1077,30
Retossigmoidectomia flexível- 40201171	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 385,00
Video endoscopia digestiva alta com esclerose de varizes esofágicas com injetor de esclerose- 40201120+40202259	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.320,00
Video endoscopia digestiva alta com ligadura elástica de varizes esofágicas com Kit de ligadura elástica 40201120+40202453	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 2.420,00
Video endoscopia digestiva alta com dilatação esofágica com balão dilatador por sessão 40201120+40202186	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 2.750,00
Video endoscopia digestiva alta com dilatação esofágica com onda de savary por sessão 40201120+40202186	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.320,00

Video endoscopia digestiva alta com passagem de sonda nasoenteral 40201120+40202534	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 890,10
Video endoscopia digestiva alta com passagem de sonda por gastrostomia (sonda BRT) 40201120+40202534	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.210,00
Video endoscopia digestiva alta com gastrostomia endoscópica com kit de gastrostomia 40201120+40202283	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 2.388,23
Video endoscopia digestiva alta com hemostasia com injetor de esclerose 40201120+40202291	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$1.210,00
Video endoscopia digestiva alta com hemostasia com plasma de argônio 40201120+40202291	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 2.025,39
Video colonoscopia com hemostasia com plasma de argônio 40201082+40202313	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 2.263,68
Video colonoscopia com hemostasia com injetor de esclerose 40201082+40202313	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.540,00
Video colonoscopia com remoção de corpo estranho com alça de polipectomia 40201082+40202569	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.066,07
Video endoscopia alta com remoção de corpo estranho com alça de polipectomia 40201120+40202577	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 931,44
Mucosectomia inclui alça de polipectomia 40202470	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos	

	inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 1.430,00
ECOENDOSCOPIA	Todos os materiais descartáveis/, taxas de sala e tx de equipamentos, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos, materiais descartáveis inerentes ao procedimento. Obs: não inclusos honorários do anesthesiologistas, diária de internamento, intercorrência, mat/med para anestesia e sedação	R\$ 2300,00
Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo 40102068	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 605,00
Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo 40102076	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 605,00
Ph-metria esofágica computadorizada com dois canais	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos.	R\$ 605,00
Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada com papilotomia endoscópica 40201074+40202518	Todos os materiais descartáveis/opme inerentes ao procedimento, taxas, medicamentos inerentes ao procedimento e honorários médicos com os acessórios: balão extrator de cálculo, cesta de basket, fio guia hidrofílico, papilótomo cateter para CPER	R\$ 11.990,00

Obs.: EXCLUSO DO PROCEDIMENTO DE COLANGIOPANCREATOGRÁFIA: Taxa de sala do hospital e a endoprótese biliar no valor de R\$ 1.280,00.

2.22. EXAMES DE POLISSONOGRÁFIA

TUSS	POLISSONOGRÁFIA	VALOR
4.01.03.52-8	Polissonografia /Monitoramento -Cardio respiratório do sono em domicílio	R\$ 516,00
4.01.03.54-4	Polissonografia com titulação (CPAP+ STARDUST) em domicílio	R\$ 568,98
4.01.03.53-6	Polissonografia com EEG (PDX)	R\$ 593,98

2.23. PACOTES UROLÓGICOS

CBHPM	PACOTE DE UROFLUXOMETRIA	VALOR
4.13.01.35-8	Taxa de sala; mat/med i	R\$ 130,00

CBHPM	PACOTE DE PENIOSCOPIA	VALOR
4.13.01.28-5	Taxa de sala; mat/med i	R\$ 130,00

2.24. OUTROS SERVIÇOS

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial, terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados no item 2, no que couber, e mediante negociação.

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes** de prestação de serviços, com a condição de que os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos neste Edital e seus anexos.

Caso seja estabelecido um novo pacote, este deverá ser estendido aos demais credenciados.

Jaboatão dos Guararapes, todas as assinaturas eletrônicas seguem no horário oficial de Brasília e fundamentam-se no **§ 3º do Art. 4º do Decreto no 10.543, de 13 de novembro de 2020..**

DANIELA TEIXEIRA FREIRE DE BARROS Maj QOMED
Presidente da Comissão de Credenciamento do HARF

MOISÉS FERNANDO SIQUEIRA FREITAS Cel Int R1
Agente de Controle Interno do HARF

CARLOS MAURICIO REZENDE NOVOA Cel Med
Ordenador de Despesas do HARF