

ANEXO XIII

MINISTÉRIO DA DEFESA COMANDO DA AERONÁUTICA HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE CANOAS

Trata o presente anexo da Tabela de Índices e Preços para o Estado do Rio Grande do Sul do Edital de Credenciamento nº 01/2020 referente a convocação de Pessoas Físicas e Jurídicas, na área da saúde, para a prestação de serviços complementares de assistência médico-hospitalares. Considerando o disposto nos itens 5.1.6.1 e 5.1.6.2 da NSCA 160-7/2019, bem como no item 13.4 do edital citado.

A. TABELA DE ÍNDICES E PREÇOS PARA O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL CLÍNICAS X HOSPITAIS

1. CONSULTAS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

1.1 Todos os honorários médicos, com exceção dos Anestesiastas, terão sua remuneração máxima através da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2016 plenas, com Porte de 2016 e UCO de 2014.

1.2 Para consulta em consultório, consulta oncológica, consulta em Pronto Socorro e atendimento em urgência/emergência a remuneração máxima será de **R\$ 133,68**.

1.3 Em caso de retorno de consulta ambulatorial, inclusive para entrega de avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico, não será cobrada nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar consulta de retorno em até 30 (trinta) dias a contar da data da última consulta.

2. ONCOLOGIA:

2.1 As taxas oncológicas terão sua remuneração máxima conforme tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de heparinização + insumos e materiais médicos	R\$ 135,97
Taxa de sala, incluindo preparo e administração do medicamento quimioterápico, pulsoterapia, terapia imunobiológica, intravenosa + insumos e materiais médicos	R\$ 268,23
Taxa de sala, incluindo preparo e administração de medicação subcutânea e intramuscular (incluindo quimioterapia, radioterapia, pulsoterapia, terapia imunobiológica) + insumos e materiais médicos	R\$ 218,28
Quimioterapia (honorários) – PRIMEIRO DIA - (20104294)	R\$ 199,06
Quimioterapia (honorários) – do 2º (segundo) ao 7º (sétimo) dia (20104308)	R\$ 74,82

OBSERVAÇÕES: Caso a heparinização de cateter ocorra durante uma sessão de quimioterapia, a medicação e o material farão parte da conta principal, não sendo cobrada a taxa de heparinização. Caso seja realizada a heparinização isoladamente, será cobrada somente a taxa de heparinização, conforme previsto acima.

2.2 O FUNSA solicitará orçamento a todas as credenciadas e a GAB será emitida para o prestador que apresentar o menor valor tendo a Tabela Brasíndice (PF) vigente na época da execução do procedimento como valores máximos de referência, podendo ser acrescido de 14%. Esta descrição e valor deverá estar constante na GAB.

2.3 CREDENCIANTE tem a prerrogativa de fornecer aos pacientes os medicamentos quimioterápicos via oral, subcutâneo e injetável, conforme alinhamento entre as partes.

2.4 Fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos, devendo ser fornecido segundo a necessidade do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada utilizada. Poderá ser pago todo o frasco, no caso de medicamentos quimioterápicos rapidamente perecíveis após abertura do frasco. As etiquetas desses medicamentos quimioterápicos não fracionáveis devem ser apresentadas na fatura. Caso não haja a apresentação desta etiqueta implicará na glosa de todo o frasco. Os medicamentos serão pagos conforme a prescrição médica, mas, em caso de existência de medicações similares ou genéricos no mercado, será pago o valor da medicação genérica, mediante especificação na conta do fabricante.

2.5 A agulha para punção de cateter totalmente implantado (Huber) será remunerada após cada infusão, intermitente, e a cada 7 dias, se sob infusão contínua.

2.6 Curativo filme transparente permeável será remunerado somente quando a terapia ocorrer sob infusão contínua (> 24 horas).

2.7 Para equipos e filtros:

2.7.1 Remuneram-se 01 equipo para cada antineoplásico a ser infundido, conforme indicado na bula e prescrito pelo médico assistente.

2.8 Não cabe pagamento de honorários médicos para quimioterápico subcutâneo e via oral.

2.9 Não cabe pagamento de taxa de sala para quimioterápico via oral.

3. IMAGINOLOGIA:

3.1 Para radiografias em geral, ultrassonografia diagnóstica e intervencionista, densitometria óssea em geral, mamografia em geral, cintilografia em geral, tomografia computadorizada em geral e ressonância nuclear magnética em geral a remuneração terá como valor máximo de referência:

CLÍNICAS	CBHPM: 2016	PORTE 2014, UCO 2014 e Deflator de 15%
HOSPITAIS	CBHPM: 2016 plena	PORTE 2016 e UCO de 2014

3.2 Os PACOTES abaixo terão sua remuneração máxima conforme tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	CLÍNICAS	HOSPITAIS
Contraste para Ressonância Magnética incluindo materiais e medicamentos	R\$ 282,01	R\$ 460,00
Contraste para Tomografia Computadorizada incluindo materiais e medicamentos	R\$ 225,70	R\$ 345,00
Contraste PRIMOVIST incluindo materiais e medicamentos	R\$ 434,78	R\$ 575,00
Ressonância Magnética Multiparamétrica da Próstata com contraste incluindo materiais e medicamentos	R\$ 1.007,99	R\$ 1.210,38

4. LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS e BIOLOGIA MOLECULAR:

4.1 Para ANÁLISES CLÍNICAS a referência de valor máximo será a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

4.2 Para BIOLOGIA MOLECULAR a referência de valor máximo será a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

Para Taxa de Coleta dentro de Porto Alegre será remunerado o valor de **R\$ 72,05**.

Para Exames Toxicológicos no pêlo será remunerado o valor de **R\$ 136,47**.

A remuneração do PCR para COVID será de **R\$ 157,07**.

5. LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA:

5.1 Para Anatomia Patológica e Citopatologia a referência de valor máximo de pagamento será conforme tabela abaixo:

CLÍNICAS	CBHPM 2016	UCO:2014 e Deflator 38%
HOSPITAIS	CBHPM 2016	PORTE de 2016 e UCO de 2014

6. SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (*HOME CARE*):

6.1 Por nível de complexidade e a valoração e posterior pagamento dos serviços prestados pela CREDENCIADA fica condicionado à comprovação do efetivo turno de trabalho do funcionário (carga horária acordada), através de folha ponto elaborada por parte da CREDENCIADA a ser preenchida e assinada a cada turno pelo respectivo funcionário, constando horário de início e término, com a obrigatoriedade da ratificação das informações, também a cada turno, pela assinatura do beneficiário ou responsável. A não observância desse procedimento implicará na glosa de todo o turno no qual não haja correspondência ao registro do ponto, com as devidas assinaturas comprobatórias.

6.2 A CREDENCIANTE poderá, conforme sua disponibilidade, fornecer dieta enteral e medicamentos de alto custo para os pacientes atendidos pela CREDENCIADA, conforme alinhamento entre as partes.

6.3 A remuneração máxima será de acordo com as tabelas abaixo:

TABELA DE PREÇOS PARA VISITAS E REMOÇÕES	
DESCRIÇÃO	VALOR
Visita Enfermeiro – Porto Alegre	R\$ 183,40
Visita Enfermeiro – Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 231,33
Visita Enfermeiro – Urgência/Emergência	R\$ 282,75
Procedimentos Enfermeiro	R\$ 220,21
Sessão Fisioterapia – respiratória/motora – Porto Alegre	R\$ 113,01
Sessão Fisioterapia – respiratória/motora – Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 134,76
Sessão Fonoaudiologia - Porto Alegre	R\$ 136,56
Sessão Fonoaudiologia - Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 167,25
Médico generalista/visita - Porto Alegre	R\$ 486,51
Médico generalista/visita - Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 679,26

Nutricionista/visita – Porto Alegre	R\$ 130,60
Nutricionista/visita - Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 153,60
Psicóloga/Sessão – Porto Alegre	R\$ 155,10
Psicóloga/Sessão – Demais regiões (raio de distância de até 30 km da CREDENCIADA)	R\$ 193,65
Técnico enfermagem 24 h	R\$ 677,71
Técnico enfermagem 12 h	R\$ 358,44
Técnico enfermagem 06 h	R\$ 225,28
Remoção Básica – Ida	R\$ 674,37
Remoção Básica – Ida/Volta	R\$ 1.082,76
Remoção UTI – Ida	R\$ 2.836,50
Remoção UTI – Ida/Volta	R\$ 4.406,25
Remoção Pediatria – Ida	R\$ 1.951,38
Remoção Pediatria – Ida/Volta	R\$ 3.110,73
APH – Atendimento médico de Urgência – Porto Alegre	R\$ 2.070,21
TABELA DE VALORES PARA EQUIPAMENTOS	
DESCRIÇÃO	VALOR
Ambú / dia	R\$ 3,39
Andador Articulado / dia	R\$ 3,71
Andador Fixo / dia	R\$ 1,89
Aparelho Advantage Roche / dia	R\$ 4,73
Aparelho Elétrico para Nebulização / dia	R\$ 3,19
Aspirador de Secreção Cirúrgico / dia	R\$ 6,98
Aspirador de Secreção Elétrico / dia	R\$ 3,49
Aspirador de Secreção Venturi / dia	R\$ 3,13
Balança Digital Pediátrica / dia	R\$ 22,81
Balança Manual / dia	R\$ 16,88
Berço Hospitalar Manual / dia	R\$ 3,92
Base Aquecida / dia	R\$ 81,41
BIPAP Pró / dia	R\$ 53,04
VPAP Auto / dia	R\$ 53,04
BIPAP Synchrony / VPAP STA / dia	R\$ 64,98
Bomba de Infusão p/dieta e medicação Hartmann / dia	R\$ 7,46
Cadeira de Rodas Dobrável c/ braço removível / dia	R\$ 4,20
Cadeira de Rodas Simples 80kg / dia	R\$ 3,38
Cadeira de Rodas p/ obeso 180kg / dia	R\$ 6,70
Cadeira de rodas reclinável c/ perna elevável KR / dia	R\$ 5,46
Cadeira Higiênica c/ braço fixo 80kg / dia	R\$ 2,25
Cadeira Higiênica c/ braço móvel obeso 120kg / dia	R\$ 3,36
Cadeira Higiênica c/ braço Removível 100kg / dia	R\$ 4,06

Cama Hospitalar manual 1,90 / dia	R\$ 5,65
Cama Hospitalar manual 2,10 x 0,90 / dia	R\$ 6,81
Cama Hospitalar Motorizada 2 movimentos / dia	R\$ 12,34
Cama Hospitalar Motorizada 3 movimentos / dia	R\$ 17,94
Cama Hospitalar Motorizada para obeso até 180kg / dia	R\$ 23,51
Carrinho para transporte cilindro de 1M3 / dia	R\$ 14,80
Cilindro de Transporte de 1M3 / dia	R\$ 13,93
Cilindro de Ar Comprimido 8M3 / dia	R\$ 2,01
Cilindro de Oxigênio/dia	R\$ 2,81
Concentrador de Oxigênio 10LPM / dia	R\$ 19,05
Concentrador de Oxigênio 5 LPM / dia	R\$ 17,91
Concentrador de Oxigênio 5 LPM-com inalação/ dia	R\$ 18,47
Concentrador de Oxigênio 5 LPM-sem saída de inalação/ dia	R\$ 9,14
CPAP / dia	R\$ 18,55
Escada 2 degraus /dia	R\$ 1,19
Guincho Elétrico Freedom Guindaste Motorizado / dia	R\$ 15,14
Inalador Elétrico / dia	R\$ 4,13
Mesa para Refeição / dia	R\$ 4,82
Muleta Auxiliar (par) / dia	R\$ 1,59
No-Break / dia	R\$ 8,01
Oxímetro de Pulso de mesa / dia	R\$ 15,53
Oxímetro de Pulso Portátil / dia	R\$ 13,17
Respirador LTV 1000 / dia	R\$ 92,22
Respirador Stellar 150 / dia	R\$ 92,22
Respirador VS III / dia	R\$ 92,22
Respirador LTV 1200 / Trilogy / dia	R\$ 176,73
Suporte de Soro móvel / dia	R\$ 1,39
Trapézio / dia	NÃO POSSUI
Recarga de Oxigênio 1M3	R\$ 136,86
Recarga de Oxigênio 4M3	R\$ 93,13
Recarga de Oxigênio 8M3	R\$ 186,26

PACOTES DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR	
DESCRIÇÃO	VALOR
<p><u>Pacote de internação domiciliar - 24 hs Alta Complexidade (Porto Alegre).</u></p> <p>Compreende: Assistência 24 hs do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta Até 5 por Semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo Até 5 por Semana, Visita de</p>	R\$ 910,74

<p>Nutricionista Mensal. Mobiliários e utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, Cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.</p>	
<p><u>Pacote de internação domiciliar - 24 hs Alta Complexidade (Demais regiões).</u></p> <p>Compreende: Assistência 24 hs do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta Até 5 por Semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo Até 5 por Semana, Visita de Nutricionista Mensal. Mobiliários e utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, Cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.</p>	<p>R\$ 1.019,17</p>
<p><u>Pacote de internação domiciliar - 12 hs Média Complexidade (Porto Alegre).</u></p> <p>Compreende: Assistência 24 hs do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta Até 5 por Semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo Até 5 por Semana, Visita de Nutricionista Mensal. Mobiliários e</p>	<p>R\$ 661,18</p>
<p>utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, Cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.</p>	
<p><u>Pacote de internação domiciliar - 12 hs Média Complexidade (Demais regiões).</u></p> <p>Compreende: Assistência 24 hs do técnico em enfermagem, Visitas médicas (rotina) Semanal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta Até 5 por Semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo Até 5 por Semana, Visita de Nutricionista Mensal. Mobiliários e utensílios básicos: Cama hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, escada de 2 degraus, Berço hospitalar manual com grades, colchão hospitalar padrão, Cadeira de rodas manual simples, dobrável (comum ou para obesos), Cadeira de banho/higiênica simples, dobrável (comum ou para obesos), Suporte de soro fixo com altura regulável, Papagaio/ comadre, Aparelho de pressão com estetoscópio, Termômetro, tesoura, garrote.</p>	<p>R\$ 766,45</p>
<p><u>Pacote de internação domiciliar - 6 hs Baixa Complexidade (Porto Alegre).</u></p> <p>Compreende: Assistência 06 hs do técnico em enfermagem, Visita médica (rotina) Mensal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação / Sessão Fisioterapeuta 2 por Semana, Avaliação/Sessão Fonoaudiólogo 2 por Semana, Avaliação/Sessão Fonoaudiólogo 2 por Semana , Visita de Nutricionista, Mensal.</p>	<p>R\$ 307,55</p>

<u>Pacote de internação domiciliar - 6 hs Baixa Complexidade (Demais regiões).</u>	RS 374,15
Compreende: Assistência 06 hs do técnico em enfermagem, Visita médica (rotina) Mensal, Supervisão do enfermeiro (rotina) Semanal, Avaliação/Sessão Fisioterapeuta 2 por Semana, Avaliação / Sessão Fonoaudiólogo 2 por Semana, Avaliação/Sessão Fonoaudiólogo 2 por Semana, Visita de Nutricionista, Mensal.	
<u>Pacote de internação domiciliar - 2 hs Suporte básico (Porto Alegre).</u>	RS 196,38
Compreende: Assistência 2 hs do técnico em enfermagem, para a realização de curativos de baixa complexidade, aplicação de medicamentos, cuidados de higiene e conforto, ou outros eventos conforme necessidade, Visita médica (rotina) Mensal, Supervisão do enfermeiro (rotina), semanal.	
<u>Pacote de internação domiciliar - 2 hs Suporte básico (Demais regiões).</u>	RS 254,60
Compreende: Assistência 2 hs do técnico em enfermagem, para a realização de curativos de baixa complexidade, aplicação de medicamentos, cuidados de higiene e conforto, ou outros eventos conforme necessidade, Visita médica (rotina) Mensal, Supervisão do enfermeiro (rotina), semanal.	

7. FISIOTERAPIA:

7.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Avaliação inicial (ambulatorial)	RS 104,58
Sessão fisioterápica individual para os referidos códigos: 2.01.03.44-1 e 2.02.03.04-7	RS 75,21
Avaliação de fisioterapia uro-ginecológica com biofeedback	RS 117,48
Sessão de fisioterapia uro-ginecológica com biofeedback	RS 94,38
Pacote com 10 sessões UROGINECOLÓGICAS	RS 628,73
Pacote com 20 sessões UROGINECOLÓGICAS	RS 1.224,10
Pacote com 10 sessões ORTOPÉDICAS	RS 511,54
Pacote com 10 sessões TRAUMATOLÓGICAS	RS 592,44
Pacote com 20 sessões TRAUMATOLÓGICAS	RS 761,67
Pacote com 20 sessões ORTOPÉDICAS	RS 798,11
Pacote com 10 sessões NEUROLÓGICAS	RS 502,99
Pacote com 20 sessões NEUROLÓGICAS	RS 926,42
Pacote com 10 sessões CARDIOVASCULAR	RS 514,07

Pacote com 20 sessões CARDIOVASCULAR	R\$ 897,68
Pacote com 10 sessões CARDIORESPIRATÓRIA	R\$ 514,12
Pacote com 20 sessões CARDIORESPIRATÓRIA	R\$ 897,68
Pacote com 10 sessões RESPIRATÓRIA	R\$ 488,62
Pacote com 20 sessões RESPIRATÓRIA	R\$ 897,68

7.2 Quando em quantidades diferentes do pacote completo de 10 sessões, a valoração unitária deverá ser 1/10 do valor do pacote.

7.3 As sessões referenciadas nos pacotes são/serão em dias distintos.

8. FONOAUDIOLOGIA:

8.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Avaliação inicial e anamnese (em consultório)	R\$ 116,93
Sessão individual (em consultório) de 45 minutos	R\$ 113,45
Exame do Processamento Auditivo Central (PAC) – 40103897	R\$ 298,50
Audiometria Completa AC = AT + AV + I	R\$ 133,92
Audiometria Tonal - 40103072	R\$ 49,83
Audiometria vocal com teste de discriminação - 40103099	R\$ 36,88
Avaliação do processamento auditivo (SSW-SSI) – 40103110	R\$ 140,28
Imitanciometria/Impedanciometria – 40103439	R\$ 44,09
Audiometria tonal limiar infantil – escolar - 40103080	R\$ 81,53
Teste da orelhinha (emissão otoacústica) – 40103463	R\$ 107,76
Audiometria vocal IPRF (inteligibilidade) – 40103102	R\$ 42,28
Audiometria vocal SRT (discriminação) – 40103099	R\$ 42,28
Audiometria de tronco cerebral (BERA) – 40103064	R\$ 293,15
Vectonistagmografia – 40103749	R\$ 252,04
Reabilitação Labiríntica (fono) por sessão) – 20103638	R\$ 87,40

9. PSICOLOGIA

9.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Avaliação inicial e anamnese (em consultório)	R\$ 103,87
Sessão individual (em consultório)	R\$ 100,61

Pacote Psicodiagnóstico (6 consultas + aplicação do teste) inclui a realização dos testes WISC, WAIS, entre outros.	R\$ 750,00
Taxa de Atendimento em Pedagogia em Educação Especial	R\$ 128,75
Taxa de Atendimento em Neuropsicologia	R\$ 142,50

10. NUTRICIONISTA:

10.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
1ª Consulta: Anamnese, Avaliação nutricional e prescrição do Plano Alimentar	R\$ 100,58
Reconsulta	R\$ 96,77

11. TERAPIA OCUPACIONAL:

11.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Sessão de terapia ocupacional (ambulatorial)	R\$ 133,33
Consulta	R\$ 128,00

12. HEMODIÁLISE

12.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo.

12.1 Para procedimentos que não constam na tabela abaixo, a referência de valor máximo será a CBHPM/2016 plena com Porte e UCO de 2014.

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão) OBS: Conforme RDC nº 11 da ANVISA, COM REUSO das linhas arteriais e venosas e do dialisador de 12 (doze) vezes, por apresentar processamento manual ou de 20 (vinte) vezes, por apresentar processamento automático. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, exames laboratoriais de controle de terapia, materiais e medicamentos.	R\$ 630,45
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão) OBS: Conforme RDC nº 11 da ANVISA, para pacientes com HCV e HIV, SEM REUSO de material. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, exames laboratoriais de controle de terapia, materiais e medicamentos.	R\$ 674,21
	Hemodepuração de CASOS AGUDOS (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou	

30909139	hemoperfusão) – ATÉ 04 HORAS PARA PACIENTES NA UTI. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, materiais descartáveis e medicamento.	R\$ 995,98
-----	Horas excedentes para o código 30909139 (realizado na UTI)	R\$ 170,08
30909147	Hemodepuração de CASOS AGUDOS (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) ATÉ 12 HORAS PARA PACIENTES NA UTI. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, materiais descartáveis e medicamento.	R\$ 1.190,18
-----	Horas excedentes para o código 30909147 (realizado na UTI)	R\$ 188,89
30909023	Hemodiálise contínua (12 horas) – para pacientes na UTI. INCLUI: Instalação do sistema, permanência de um funcionário da CREDENCIADA por no máximo 1 hora após instalação, capilar de alto fluxo, o material descartável da máquina, soluções dialisantes e anticoagulantes. Todo o operacional é realizado pela equipe da CREDENCIADA (nefrologista, enfermeira e técnico de enfermagem).	R\$ 4.147,35
-----	Horas excedentes para o código 30909023 (realizado na UTI)	R\$ 209,85
30913012	Implante de catéter venoso central por punção, para NPP, QT, hemodepuração ou para infusão de soros/drogas. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, materiais descartáveis, medicamento, raio-x.	R\$ 886,47
30913101	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, materiais descartáveis, medicamento, raio-x.	R\$ 2.432,62
30913128	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para hemodepuração. INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação, materiais descartáveis, medicamento, raio-x.	R\$ 858,46
	Diálise Peritoneal Automática 9 (APD) tratamento 9 – treinamento	

31008046	(agudo ou crônico) INCLUI: honorários médicos, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, exames laboratoriais de controle de terapia e materiais descartáveis.	R\$ 3.095,00
31008119	Dialise Peritoneal automática por mês (agudo ou crônico) INCLUI: honorários médicos, taxa de sala, taxa de equipamento, serviços de enfermagem, paramentação e materiais descartáveis.	R\$ 7.823,80
30913144	Confecção de fístula AV para hemodiálise	R\$ 2.813,19
30913152	Retirada/desativação de fístula AV para hemodiálise	R\$ 2.457,40
30909155	Pacote de Hemodiafiltração on line (HDF-OL) incluindo materiais e medicamentos	R\$ 847,01

13. MEDICINA HIPERBÁRICA:

13.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Taxa de Sala de Enfermagem	R\$ 48,33
Curativo Pequeno	R\$ 33,97
Curativo Médio	R\$ 39,33
Curativo Grande	R\$ 46,67
Taxa de Desbridamento (inclui materiais e medicamentos)	R\$ 55,00
Sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica	R\$ 480,00
Avaliação do Médico Hiperbarista	R\$ 176,67

OBSERVAÇÕES:

- A avaliação do médico hiperbarista (CBHPM 10101012) ocorrerá a cada 5 (cinco) sessões de Oxigenoterapia Hiperbárica.
- A sessão de Oxigenoterapia Hiperbárica (CBHPM 20104189) têm duração de 2 (duas) horas.

14. OFTALMOLOGIA:

14.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

14.2 Para procedimentos/exames oftalmológicos que não constam na tabela abaixo, a referência de valor máximo será a Tabela CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

14.3 Os procedimentos/exames listados abaixo com previsão de valor para binocular, quando realizados em um único olho, a remuneração será equivalente a metade do valor previsto nesta tabela.

PROCEDIMENTOS/EXAMES (PACOTES)		VALOR
41301013	Angiofluoresceinografia/Retinografia Fluorescente (monocular) - com HM	R\$ 371,45
41501012	Biometria (monocular) – com HM	R\$ 195,40
40103137	Campimetria Computadorizada (monocular) - com HM	R\$ 154,60
40901530	Ecografia Ocular (binocular) - com HM	R\$ 279,80
41301250	Mapeamento de Retina (binocular) - com HM	R\$ 104,30
41301269	Microscopia Especular (monocular) - com HM	R\$ 183,10
41301315	Papilografia/Retinografia (monocular) - com HM	R\$ 104,20
41501128	Paquimetria (monocular) - com HM	R\$ 129,77
41301307	Potencial de Acuidade Visual (monocular) - com HM	R\$ 109,74
41301080	Topografia Corneana/Ceratoscopia (monocular) - com HM	R\$ 160,62
41501144	Tomografia de Coerência Óptica (monocular) – OCT - com HM	R\$ 347,77
41301200	Avaliação de Ortóptica – com HM	R\$ 110,29
20103239	Exercícios de Ortóptica (sessão)	R\$ 61,63
-	Injeção intraocular de EYLIA - com HM	R\$ 4.518,75
-	Injeção Intraocular de LUCENTIS - com HM	R\$ 4.285,31
-	Injeção Intraocular de LUCENTIS - SEM HM	R\$ 2.800,00

OBSERVAÇÃO:

- Pacote de tratamento quimioterápico por antiangiogênico está incluso o medicamento.

15. DIÁRIAS PARA PSIQUIATRIA:

15.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

15.2 VALORES PARA HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS:

DESCRIÇÃO	VALOR
Diária de Apartamento privativo (1 leito)	R\$ 572,50
Diária de Apartamento semi privativo (2 ou 3 leitos)	R\$ 507,50
Diária Quarto coletivo	R\$ 590,00
Visita Hospitalar	R\$ 131,88
Serviço de Pronto Atendimento	R\$ 130,00

OBSERVAÇÃO: Estão incluídos todos medicamentos psiquiátricos e clínicos a serem utilizados durante a internação.

15.3 VALORES PARA HOSPITAIS GERAIS:

DESCRIÇÃO	VALOR
Diária de Apartamento privativo (1 leito)	NÃO POSSUI

Diária de Apartamento semi privativo (2 ou 3 leitos)	NÃO POSSUI
Diária Quarto coletivo	NÃO POSSUI
Visita Hospitalar	R\$ 131,88
Serviço de Pronto Atendimento	R\$ 130,00

OBSERVAÇÃO: Estão incluídos todos medicamentos psiquiátricos e clínicos a serem utilizados durante a internação.

16. DIÁRIAS HOSPITALARES:

16.1 Nas internações hospitalares, quando necessário, a CREDENCIADA obriga-se a prestar os serviços abaixo:

- Assistência Médica permanente;
- Exames complementares, radiológicos e laboratoriais em geral;
- Sala de cirurgia equipada com material e instrumental necessário ao ato cirúrgico;
- Internação em apartamentos, UTI, quartos ou enfermarias;
- Serviço de Enfermagem, Fonoaudiologia e Fisioterapia permanente;
- Administração de sangue e hemoderivados;
- Alimentação, inclusive dietas especiais, quando prescritas;
- Fornecer o material necessário à realização de procedimentos terapêuticos durante a internação hospitalar, assim como nos atendimentos emergenciais e ambulatoriais.

16.2 A diária de internação será assim considerada quando o paciente ocupar instalações (enfermaria, quarto ou UTI) por período igual ou superior a 12 (doze) horas consecutivas. No período menor que 12 horas, será remunerada meia diária.

16.3 Para este fim, serão considerados os seguintes padrões de acomodação, excluída a UTI:

- Para Oficiais e seus dependentes: Apartamento/Quarto Privativo;
- Para Suboficiais, Sargentos, Cabos, Soldados, Taifeiros e seus respectivos dependentes: Quarto Semi-Privativos.

16.4 A CREDENCIADA se obriga a comunicar de imediato, à família do usuário e à CREDENCIANTE, qualquer óbito ocorrido com os pacientes sob internação hospitalar.

16.5 É reservado aos beneficiários da CREDENCIANTE o direito de optar por melhoria de padrão de acomodação hospitalar para si ou para seus dependentes, quando internados em OCS. Neste caso a diferença de honorários médicos e de despesas hospitalares referentes a esta opção será paga, integralmente, pelo titular junto ao prestador. Ao fazer esta opção, o beneficiário deverá assinar, em conjunto com o responsável pela CREDENCIADA, o “Termo de Ajuste Prévio”, tanto referente à melhoria do padrão de acomodação quanto aos demais valores devidos pela modificação de acomodação.

16.6 No caso de indisponibilidade de acomodação compatível com os padrões a que tem direito o beneficiário, a CREDENCIADA deverá, por força de cláusula prevista tanto no “Edital” quanto no “Termo de Contrato de Credenciamento”, instalá-lo em uma acomodação de padrão superior, sem ônus para o beneficiário ou para a CREDENCIANTE.

16.7 A CREDENCIANTE não se responsabilizará por despesas decorrentes de telefonemas, refeições extras, jornais, aparelhos de televisão, televisão por assinatura e camas extras, realizadas sem a sua prévia anuência.

16.8 A composição das diárias para internações clínicas/cirúrgicas consta no Anexo XI deste Edital.

16.9 Para remuneração de diárias será utilizada valoração máxima conforme a tabela a seguir:

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
Diária de Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 1.085,91
Diária de Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	R\$ 660,00
Diária de Semi-Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 795,28
Diária de Semi-Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	R\$ 609,00
Diária de Cuidados Intermediários	Por Dia	R\$ 1.487,83
Diária de Cuidados Intermediários	Por 1/2 Dia	R\$ 968,00
Diária de Privativo com Isolamento	Por Dia	R\$ 1.341,83
Diária de Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	R\$ 858,00
Diária de Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.014,26
Diária de Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	R\$ 715,00
Diária de Unidade Intermediária Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.879,73
Diária de Unidade Intermediária Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	R\$ 1.258,40
Diária de Acompanhante Composto*	Por Dia	R\$ 56,65
Taxa de Refeição para Acompanhante (por dia) Por refeição	Por 1/2 Dia	R\$ 50,46
Diária de Maternidade Privativo Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.876,80
Diária de Maternidade Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Maternidade Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.492,63
Diária de Maternidade Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Maternidade Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 1.414,40
Diária de Maternidade Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Maternidade Semi-Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 1.178,18
Diária de Maternidade Semi-Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Pediátrica Privativo Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.891,26
Diária de Pediátrica Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Pediátrica UTI Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 3.044,58
Diária de Pediátrica UTI Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Pediátrica Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 1.617,00
Diária de Pediátrica Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Pediátrica UTI Composto*	Por Dia	R\$ 2.471,70
Diária de Pediátrica UTI Composto*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Pediátrica Semi-Privativo Composto*	Por Dia	R\$ 1.087,68
Diária de Pediátrica Semi-Privativo Composto*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA

Diária de Pediátrica Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 1.394,84
Diária de Pediátrica Semi-Privativo Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	NÃO REALIZA
Diária de Unidade Intermediária Pediátrica	Por Dia	R\$ 2.183,62
Diária de UTI Composto*	Por Dia	R\$ 2.544,28
Diária de UTI Composto*	Por 1/2 Dia	R\$ 1.408,00
Diária de UTI Composto com Isolamento*	Por Dia	R\$ 3.335,90
Diária de UTI Composto com Isolamento*	Por 1/2 Dia	R\$ 1.830,40
Hospital Dia	Por Dia	R\$ 532,40

OBSERVAÇÃO: *Composição no Anexo XIV

17. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA:

17.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo;

17.2 Para os procedimentos que não estiverem incluídos nos pacotes abaixo, será utilizada como referência de valores máximos a Tabela CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

PROCEDIMENTO (PACOTE)		VALOR
Parto Cesariana Gemelar Privativo	Sem HM	R\$ 8.470,00
Parto Cesariana Gemelar Semi-Privativo	Sem HM	R\$ 7.305,84
Parto Cesariana Privativo	Sem HM	R\$ 6.687,50
Parto Cesariana Semi-Privativo	Sem HM	R\$ 6.062,50
Parto Normal Privativo	Sem HM	R\$ 6.250,00
Parto Normal Semi-Privativo	Sem HM	R\$ 5.585,00
Parto Normal Gemelar Privativo	Sem HM	R\$ 7.360,00
Parto Normal Gemelar Semi-Privativo	Sem HM	R\$ 6.885,00

OBSERVAÇÕES:

- Pacotes para Parto Normal/Gemelar:

Inclui: 02 diárias, todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnose e terapias, materiais em geral, medicamentos em geral, taxas de serviços, taxa de uso de equipamentos, taxa de sala e gasoterapia.

Exclui: Teste do reflexo vermelho, teste do coraçãozinho, emissão otoacústica evocada, sangue e/ou hemoderivados, matergam/partograma, honorários médicos da equipe cirúrgica, possíveis intercorrências como UTI Adulto e Neonatologia.

- Pacotes para Parto Cesariana/Gemelar:

Inclui: 03 diárias, todos os custos referentes a serviços auxiliares de diagnose e terapias, materiais em geral, medicamentos em geral, taxas de serviços, taxa de uso de equipamentos, taxa de sala e gasoterapia.

Exclui: Teste do reflexo vermelho, teste do coraçãozinho, emissão otoacústicas evocadas, sangue e/ou hemoderivados, matergam/partograma, honorários médicos da equipe cirúrgica, possíveis intercorrências como UTI Adulto e Neonatologia.

18. SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT) E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:

18.1 A remuneração máxima será de acordo com a tabela abaixo:

18.2 Para os procedimentos cirúrgicos e de tratamento e diagnóstico que não estiverem incluídos nos pacotes da relação abaixo, será utilizado como referência de valores máximos a Tabela CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

18.3 Para RADIOTERAPIA será utilizado como valores máximos de referência a Tabela CBHPM/2016 plena com Porte e UCO de 2016.

PROCEDIMENTO (PACOTE)		VALOR
Polissonografia (40103528) com HM		R\$ 702,39
ENMG MMII (40103315)		R\$ 371,85
EEG Vigília (40103234)		R\$ 190,65
ENMG MMSS (40103323)		R\$ 371,85
Polissonografia Noite Inteira (40103528)		R\$ 702,39
EEG Rotina (40103170)		R\$ 318,73
EEG Intraoperatório (40103188)		R\$ 280,96
EEG Prolongado (40103200)		R\$ 318,73
Monitorização Neurofisiológico Intraoperatória (20202040)		R\$ 8.625,00
Potencial Evocado Auditivo (40103056)		R\$ 480,73
Polissono com EEG (40103536)		R\$ 759,47
Polissono CPAP Nasal (40103544)		R\$ 739,86
Potencial Evocado PEGC (40103595)		R\$ 470,32
Potencial Evocado Bilateral (40103609)		R\$ 552,85
Potencial Evocado Sensível (40103617)		R\$ 470,32
Potencial Evocado MMSS (40103625)		R\$ 470,32
Potencial Evocado Visual (40103633)		R\$ 491,24
Potencial Evocado Simpático (40103684)		R\$ 104,96
BRCA 1 e 2 sequenciamento completo – (40503801)	Sem HM	R\$ 2.591,09
BRCA 1 e 2 sequenciamento gênico completo e MLPA (40503151)	Sem HM	R\$ 2.764,62
PET CT com PSMA	Com HM	R\$ 4.886,25
PET CT Oncológico	Com HM	R\$ 3.303,83
Pacote tratamento de metástase óssea com Xofigo (por aplicação - 40710114 e 40710122)	Sem HM	R\$ 26.000,00
Adenoidectomia Ambulatorial	Sem HM	R\$ 2.120,74
Adenoidectomia + Amigdalectomia Ambulatorial - Adulto	Sem HM	R\$ 2.913,67

Adenoidectomia + Amigdalectomia Ambulatorial - Pediátrico	Sem HM	R\$ 2.908,91
Amigdalectomia Ambulatorial - Adulto	Sem HM	R\$ 2.260,50
Apendicectomia Ambulatorial Aberta- Adulto	Sem HM	R\$ 6.342,16
Apendicectomia Ambulatorial Aberta- Pediátrico	Sem HM	R\$ 5.085,99
Apendicectomia por Vídeo- Adulto	Sem HM	R\$ 4.789,19
Apendicectomia por Vídeo- Pediátrico	Sem HM	R\$ 4.964,90
Cápsula de Cólon - Enteroscopia	Sem HM	R\$ 7.742,19
Cápsula Endoscópica	Sem HM	R\$ 7.628,67
Cirurgia Bariátrica Convencional	Sem HM	R\$ 14.974,34
Cirurgia Bariátrica por Vídeo	Sem HM	R\$ 21.128,31
Cirurgia Ortognática	Sem HM	R\$ 62.847,02
Colecistectomia com Colangiografia por Vídeo	Sem HM	R\$ 4.152,72
Colecistectomia com Colangiografia sem Vídeo	Sem HM	R\$ 4.539,81
Coleta de Células Tronco por Processadora	COM HM	R\$ 49.450,00
Colocação de Cistoscopia Duplo J Unilateral	Sem HM	R\$ 2.103,93
Exasanguíneo	Sem HM	R\$ 954,65
Facectomia com LIO SN60AT/60WF – MA60MA com DUOVISC	Sem HM	R\$ 2.328,35
Facectomia com LIO SN60AT/60WF – MA60MA sem DUOVISC	Sem HM	R\$ 2.161,55
Capsulotomia Yag Laser (Monocular) - (30306019)	Sem HM	R\$ 678,73
Iridectomia Yag Laser (Monocular) - (30310083)	Sem HM	R\$ 410,96
Cirurgia Antiglaucomatose (Trabeculectomia) sem válvula de Ahmed (OPME) – (30310032)	Sem HM	R\$ 1.477,02
Crosslinking Ceratectomia – Monocular – (30304024)	Sem HM	R\$ 534,38
Ectrópio ou Entrópio com até 02 fios (Monocular) – (30301084)	Sem HM	R\$ 1.250,80
Ectrópio ou Entrópio com até 02 fios (Binocular) – (30301084)	Sem HM	R\$ 1.570,18
Implante Secundário + Vitrectomia Anterior + Fixação de LIO (com LIO) – (30307112)	Sem HM	R\$ 3.426,00
Estrabismo sob bloqueio peribulbar - (30311039)	Sem HM	R\$ 2.328,09
Ptose Palpebral – Correção Cirúrgica Unilateral – (30301181)	Sem HM	R\$ 841,95
Reconstituição de Canalículos ou Sondagem Local – (30313058)	Sem HM	R\$ 393,05
Remoção de Óleo de Silicone – (30307082)	Sem HM	R\$ 2.377,95
Ressecção de Tumor Palpebral sem Fio – (30301190)	Sem HM	R\$ 331,04

Retinopexia com Introflexão Escleral – (30312086)	Sem HM	R\$ 1.326,53
Sutura de Córnea – (30304067)	Sem HM	R\$ 1.721,60
Transplante de Córnea + Vitrectomia Anterior com Fixação ou Reposição LIO (com LIO) – (31501010/30307112)	Sem HM	R\$ 3.693,02
Transplante de Córnea + Facectomia por Facuemulsificação + Implante LIO (com LIO) – (31501010 e 30306027)	Sem HM	R\$ 4.180,91
Transplante Conjuntival – (30303010)	Sem HM	R\$ 1.751,66
Vitrectomia Anterior – (30307112)	Sem HM	R\$ 1.855,38
Vitrectomia Via PARS Plana – 25g – (30307120)	Sem HM	R\$ 3.494,00
Vitrectomia Via PARS Plana + Remoção de Óleo de Silicone – 25g – (30307120/30307082)	Sem HM	R\$ 3.598,34
Herniorrafia Unilateral – Epigástrica	Sem HM	R\$ 3.511,80
Leucoferese	Sem HM	R\$ 2.144,78
Litotripsia Extracorpórea	Sem HM	R\$ 1.808,77
Mobilização e Coleta de Células	Com HM	R\$ 109.250,00
Plasmaferese Terapêutica	Sem HM	R\$ 5.902,38
Ressecção de Próstata	Sem HM	R\$ 9.179,14
Retossigmoidoscopia	Sem HM	R\$ 1.224,13
Revascularização do Miocárdio com CEC	Sem HM	R\$ 47.175,32
Sangria Terapêutica	Sem HM	R\$ 162,49
Tireoidectomia Parcial 1 dia	Sem HM	R\$ 3.765,83
Tireoidectomia Parcial 2 dia	Sem HM	R\$ 4.449,53
Tireoidectomia Total 1 dia	Sem HM	R\$ 3.765,83
Tireoidectomia Total 2 dia	Sem HM	R\$ 4.449,53
Transplante de Medula Óssea Alógena	Com HM	R\$ 256.800,00
Transplante de Medula Óssea Autóloga	Com HM	R\$ 141.085,00
Transplante de Medula Óssea – Autólogo Mobilização e Coleta Adulto	Com HM	NÃO REALIZA
Transplante de Medula Óssea – Autólogo Receptor Adulto	Com HM	NÃO REALIZA
Transplante de Medula Óssea – Alogênico receptor	Com HM	NÃO REALIZA
Transplante de Medula Óssea – Alogênico doador aparentado	Com HM	NÃO REALIZA
Unidade de Concentração de Hemácias	Sem HM	R\$ 873,39
Unidade de Concentração de Hemácias - Filtrado	Sem HM	R\$ 961,83

Unidade de Concentração de Hemácias - Irradiado Filtrado	Sem HM	R\$ 1.083,85
Unidade de Concentração de Hemácias - Irradiado	Sem HM	R\$ 951,50
Unidade de Concentração de Hemácias Lavadas	Sem HM	R\$ 1.445,46
Unidade de Concentração de Plaquetas Filtrados 0 A 6	Sem HM	R\$ 2.344,31
Unidade de Concentração de Plaquetas Filtrados 7 A 10	Sem HM	R\$ 3.080,14
Unidade de Concentração de Plaquetas por Aférese	Sem HM	R\$ 3.264,03
Unidade de Concentração de Plaquetas por Aférese Irradiado	Sem HM	R\$ 3.309,77
Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti-Hemolítico	Sem HM	R\$ 626,60
Unidade de Plasma	Sem HM	R\$ 628,10
Unidade de Sangue Total	Sem HM	R\$ 874,19
Varizes Bilateral - Ambulatorial	Sem HM	R\$ 2.560,21
Varizes Bilateral - Internado	Sem HM	R\$ 4.799,93
Varizes Unilateral - Ambulatorial	Sem HM	R\$ 1.864,48
Varizes Unilateral - Internado	Sem HM	R\$ 3.500,84
Vasectomia	Sem HM	R\$ 1.179,39

OBSERVAÇÃO:

- Nos referidos pacotes estão incluídos todos os materiais de consumo, medicamentos, assistência de enfermagem, taxas, e equipamentos necessários à execução dos procedimentos previstos.

- Em caso de colocação de LIO não prevista nos pacotes deste edital, a conta deverá ser aberta e a credenciada deverá apresentar comprovante (etiqueta) da lente utilizada.

19. EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA E COLONOSCOPIA:

19.1 A remuneração máxima será conforme tabela abaixo.

19.2 Para procedimentos que não constarem na tabela abaixo, a referência de valor máximo será a CBHPM/2016 plena com Porte de 2016 e UCO de 2014.

PROCEDIMENTO (PACOTE)		VALOR
Colonoscopia com Biópsia e ou/citologia – 4.02.02.66-6	Sem HM	R\$ 991,05
Colonoscopia com Dilatação segmentar – 4.02.02.67-4	Sem HM	R\$ 1.756,72
Polipectomia de cólon – 4.02.02.54-2	Sem HM	R\$ 1.554,80
Colonoscopia e Endoscopia alta com Biópsia – 4.02.02.03-8 + 4.02.02.66-6	Sem HM	R\$ 1.873,30
CPRE - Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica – 4.08.09.07-2	Com HM	R\$ 8.634,36

Ecoendoscopia com Punção por Agulha – 4.02.02.24-0	Com HM	R\$ 8.580,00
Ecoendoscopia Diagnóstica Alta – 4.02.01.10-4	Com HM	R\$ 2.607,50
Ecoendoscopia Diagnóstica Baixa – 4.02.01.11-2	Com HM	R\$ 4.121,40
Polipectomia de esôfago, estômago e duodeno – 4.02.02.55-0	Sem HM	R\$ 1.625,77
Endoscopia Diagnóstica com Biópsia ou citologia – 4.02.02.03-8	Sem HM	R\$ 651,18
Colonoscopia com mucosectomia – 4.02.02.71-2	Sem HM	R\$ 1.088,61
Colonoscopia inclui a retossigmoidoscopia – 4.02.01.08-2	Sem HM	R\$ 1.366,48

OBSERVAÇÃO:

- Nos referidos pacotes estão incluídos todos os materiais, medicamentos, assistência de enfermagem, taxas e equipamentos necessários à execução dos procedimentos previstos.

20. MEDICAMENTOS E RADIOFÁRMACOS:

20.1 Para medicamentos, tendo como limite máximo os valores estabelecidos como Preço de Fábrica (PF) no Guia Brasíndice vigentes do respectivo atendimento. Na ausência do item no Guia Brasíndice ou, na falta do medicamento neste, poderá ser remunerado pelo valor constante em nota fiscal quando da aquisição pela credenciada.

20.2 Para medicamentos de uso restrito hospitalar, os valores estabelecidos serão do Guia Brasíndice, PF (Preço de Fábrica) + 24%, vigente na ocasião do atendimento. Na ausência do item no Guia Brasíndice ou, na falta do medicamento neste, poderá ser remunerado pelo valor constante em nota fiscal quando da aquisição pela credenciada.

20.3 Os medicamentos serão pagos conforme a prescrição médica, mas, em caso de existência de medicações similares ou genéricos no mercado, será pago o valor da medicação genérica, mediante especificação na conta do fabricante.

21. GASOTERAPIA:

21.1 A remuneração máxima será conforme tabelas abaixo:

DESCRIÇÃO	VALOR
Ar Comprimido UCC – por hora	R\$ 14,95
Ar Comprimido UTI – por hora	R\$ 16,28
O2 3 litros/minutos/hora	R\$ 20,53
O2 6 litros/minuto VENTURI/hora	R\$ 20,53
O2 8 litros/minuto/hora	R\$ 20,53
O2 9 litros/minuto/hora	R\$ 20,53

DESCRIÇÃO	VALOR
Gasot Oxigênio (quarto, incub, CR, CTI, AMB)	Por hora R\$ 18,96
Gasot Oxigênio de Sala (primeira hora)	Por hora R\$ 22,78
Gasot Oxigênio de Sala	1/2 hora R\$ 9,72

Gasot Protóxido de Azoto	Por hora	R\$ 49,30
Oxido Nítrico	Por hora	R\$ 20,17

22. MATERIAIS DESCARTÁVEIS e DESCARTÁVEIS DESCONTINUADOS:

22.1 Serão pagos de acordo com o Guia Simpro, versão atualizada na data do procedimento, sem deflator ou inflator. Caso não conste neste guia, a Revista Brasíndice poderá ser utilizada

23. FILME RADIOLÓGICO:

23.1 O filme será de acordo com valores recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) atualizada na data do procedimento.

24. DIETA ENTERAL:

24.1 As dietas enterais terão remuneração máxima conforme Brasíndice PF -10%.

24.2 Os gêneros alimentícios, fornecidos nas dietas por via oral, tem a sua remuneração inclusa no valor da diária hospitalar conforme acomodação prevista para o beneficiário, não sendo admitido o faturamento em separado.

25. TAXAS DE SALA

25.1 A descrição da composição das taxas encontra-se no Anexo XIV deste Edital.

25.2 A remuneração máxima para as taxas será conforme tabela abaixo:

DESCRIÇÃO		VALOR
Taxa de Sala Bloco Cirúrgico Composto (meia hora subsequente)	Taxa de sala composta*	R\$ 451,70
Taxa de Sala Bloco Cirúrgico Composto (primeira hora)	Taxa de sala composta*	R\$ 593,25
Taxa de Sala Pediátrica Composta - Bloco Cirúrgico - (primeira hora)	Por hora	R\$ 784,75
Taxa de Sala Pediátrica Composta - Bloco Cirúrgico	Por 1/2 hora	R\$ 373,55
Taxa de Sala de Hemodinâmica - (primeira hora)	Por hora	R\$ 692,90
Taxa de Sala de Hemodinâmica	Por 1/2 hora	R\$ 329,21
Taxa de Sala Gesso (colocação, troca, retirada) (por atendimento)	Taxa de Sala	R\$ 78,74
Taxa de Sala de observação composto (até 06 horas)	Taxa de sala composta*	R\$ 341,86
Taxa de Sala Procedimento/Exame (Ambulatorial e internado) (por atendimento até 06 horas)	Taxa de sala composta*	R\$ 217,60
Taxa de Sala de fototerapia com equipamento	Por sessão	R\$ 55,60
Taxa de Sala de endoscopia composto	Atendimen	R\$ 365,27

	to	
Taxa de Sala Hemodiálise	Por sessão	R\$ 143,99

OBSERVAÇÃO: *Composição no Anexo XIV

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

26.1 Para OPME acima de R\$5.000,00 será necessário autorização prévia.

26.2 Deverá ser apresentado ao FUNSA, 3 (três) orçamentos de fornecedores próprios do CREDENCIADO, com pelo menos 07 (sete) dias de antecedência à utilização, constando número do registro na ANVISA e valores unitários, que serão submetidos à auditoria prévia, tendo a Tabela Simpro, vigente na data de execução do procedimento, como referência de valores máximos, podendo ser acrescido de 10% como taxa de comercialização.

26.3 Nos casos de urgências e emergências devidamente comprovadas, não há necessidade de autorização prévia, porém o uso do material deve ser informado pela CREDENCIADA em até 02 (dois) dias úteis subsequentes e a remuneração será com base na apresentação da nota fiscal dos OPMEs nominais de compra do material e será avaliada na auditoria in loco. Os contatos deverão ser realizados pelo e-mail funsahaco@gmail.com e audipro@gmail.com

27. ANESTESIA

27.1 A remuneração máxima para anestesia se dará para cada procedimento conforme previsto na Tabela **CBHPM/2018 plena com porte e UCO de 2018**.

RODRIGO MOREIRA CHAVES Cel Med

Agente Diretor do HACO



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Anexo XIII revisado 06 FEV
Data/Hora de Criação:	06/02/2024 18:56:07
Páginas do Documento:	22
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	23
Hash MD5:	f23deeb305975fcdc014f7b143fcc21c
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten STEPHANIE JESIEN no dia 06/02/2024 às 17:12:34 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cap GABRIELA FERREIRA VAZ no dia 06/02/2024 às 17:27:34 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 1º Ten NICOLE BERTHIER ZANIN no dia 06/02/2024 às 17:32:25 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten KAREN CASARIN FLORES CRUZ no dia 06/02/2024 às 17:33:17 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Segundo Sargento RODRIGO INÁCIO FARIA no dia 06/02/2024 às 17:35:45 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ADÃO HENRIQUE PATINES PEDROSO no dia 07/02/2024 às 09:13:45 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel RODRIGO MOREIRA CHAVES no dia 07/02/2024 às 09:22:32 no horário oficial de Brasília.

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO