



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

EDITAL DE CREDENCIAMENTO 001/HFASP/2020

PROCESSO Nº 67438.005977/2020-14

**CONVOCAÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS, NA ÁREA DE SAÚDE, PARA
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES.**

1. DA CONVOCAÇÃO

- 1.1. A União, representada pelo HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO, mediante a Comissão de Credenciamento, designada por ato publicado no Boletim Interno Ostensivo Nº 34 do GAP-SP, do dia 18 de fevereiro de 2020, torna público para conhecimento dos interessados que, na data, horário e local indicados, fará realizar a seleção e o credenciamento de pessoas físicas e jurídicas para prestação de SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA SAÚDE COMPLEMENTAR aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta nº 1, de 19 de agosto de 2016.
- 1.2. O procedimento de credenciamento observará integralmente as seguintes disposições:
 - a) Decreto Nº 92.512, de 2 de abril de 1986, que estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes;
 - b) Lei Nº 8.666/93, art. 25, caput, e demais dispositivos aplicados;
 - c) Lei Nº 9.784/99, que regula o Processo Administrativo no âmbito da Administração Pública Federal;
 - d) Decisão Nº 656/1995 - Plenário TCU;
 - e) Decreto Nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, que dispõe sobre a unificação dos recursos de caixa do Tesouro Nacional;
 - f) Instrução Normativa SEGES/MP Nº 03, de 26 de abril de 2018, que estabelece normas para o funcionamento do Sistema de Cadastramento Unificado do Fornecedor (SICAF);
 - g) Instrução Normativa Nº 05 do MARE, de 21 de junho de 1995, que estabelece os procedimentos destinados à implantação e operacionalização do SICAF;
 - h) Instrução Normativa SEGES/MPDG Nº 05, de 26 de maio de 2017, que dispõe sobre regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional;
 - i) Portaria Nº 678/GC3, de 30 de abril de 2019 (RADA - RCA 12-1);
 - j) NSCA 160-7, Assistência Complementar do Sistema de Saúde da Aeronáutica;

- k) Instrução Normativa RFB Nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a retenção de tributos nos pagamentos efetuados pelos órgãos da administração pública federal direta; e
- l) Parecer Nº 003/2017/CNU/CGU/AGU, de 11 de abril de 2017, aprovado pelo Despacho Nº 102, de 22 de março de 2019, do Advogado Geral da União (NUP 00671.000641/2014-75);
- m) Ofício Circular Nº 00006/CJU-SP/CGU/AGU, de 18 de abril de 2019, assinado pelo Coordenador Geral da CJU-SP (NUP 00443.000123/2019-50).

1.3. Integram este Edital, independentemente de transcrição, os Anexos abaixo:

- a) Anexo I – Projeto Básico de Credenciamento;
- b) Anexo II – Contrato de Prestação de Serviços;
- c) Anexo III – Instruções Gerais;
- d) Anexo IV – Tabela de Valores – Hospitalar;
- e) Anexo V – Tabela de Procedimentos Ambulatoriais – Não Hospitalares;
- f) Anexo VI – Tabela de Valores para Serviços de Atendimento e Internação Domiciliar, psiquiátrica e atendimento multiprofissional;
- g) Anexo VII – Termo de Adesão;
- h) Anexo VIII – Declaração de Trabalho Forçado ou Degradante;
- i) Anexo IX – Declaração de Superveniência de Fatos Impeditivos;
- j) Anexo X – Declaração de Reserva de Cargos; e
- k) Anexo XI – Declaração que não Emprega menor.

1.4. A documentação mencionada no item acima e este Edital, também poderá ser consultada no endereço eletrônico www2.fab.mil.br/hfasp/ ou ser recebida por mensagem eletrônica, sendo que para a solicitação, ou outras informações, deverá ser utilizado o contato telefônico (11) 2224-7088, ou através do e-mail credenciamento.hfasp@fab.mil.br.

2. DO OBJETO

- 2.1. O objeto da presente licitação é o credenciamento, no Estado de São Paulo, de pessoas físicas e jurídicas interessadas na prestação de SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR PARA SAÚDE COMPLEMENTAR aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, conforme Orientação Normativa Conjunta Nº 1, de 19 de agosto de 2016.
- 2.2. A presente contratação trata da prestação serviço continuado nas seguintes especialidades: atendimento médico hospitalar (cirúrgico e clínico) e ambulatorial, odontológico, medicina diagnóstica (laboratorial, exames de imagem, etc), medicina intervencionista, internação de longa permanência, home-care, remoção, medicina hiperbárica, internação psiquiátrica, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, bem como quaisquer outras especialidades da área de saúde em complementação às necessidades dos beneficiários que não possam ser atendidas pelas Organizações de Saúde da Aeronáutica – OSA.
- 2.3. A caracterização do serviço continuado, inerente aos Contratos de Credenciamento formalizados em decorrência do presente Edital, é decorrente da necessidade da oferta dos serviços de saúde conforme previsto no item 2.2, sem solução de continuidade, tendo por objetivo amparar os beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares, tendo por fulcro a peculiaridade intrínseca ao próprio direito reconhecido aos militares por legislação especial, preservando a assistência permanente à prevenção de

doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação, por meio dos serviços profissionais médicos, odontológicos e farmacêuticos e hospitalares, entre outros.

3. DA PARTICIPAÇÃO NO CREDENCIAMENTO

- 3.1. O prazo para credenciamento iniciar-se-á a partir da data de publicação deste instrumento no Diário Oficial da União.
- 3.2. O presente Edital terá vigência indeterminada a partir da data de sua publicação, sem prejuízo deste submeter-se a alterações no curso do credenciamento, inclusive no rol dos serviços, preços e demais termos que vincularão os credenciados mediante cláusula no Edital. Salvo pedido de descredenciamento, a adesão ao mesmo implicará o aceite de suas eventuais alterações supervenientes.
 - 3.2.1. Qualquer alteração do Edital será publicada no Diário Oficial da União, bem como no sítio eletrônico do HFASP, no endereço <http://www2.fab.mil.br/hfasp/>, para que as alterações passem a integrar os Contratos de Credenciamento e demais instrumentos em vigor.
- 3.3. Poderão habilitar-se, para credenciamento, pessoas físicas e/ou jurídicas, de acordo com as necessidades listadas neste Edital, e que apresentarem Proposta que esteja de acordo com os valores especificados neste Edital e Projeto Básico.

4. DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO

- 4.1. Somente serão admitidos a participar do processo de credenciamento os estabelecimentos de saúde e profissionais de saúde com sede no Estado de São Paulo, que comprovem regularidade jurídica, fiscal, qualificação econômico-financeira e técnico-operacional, apresentando todos os documentos exigidos.
- 4.2. É permitido o credenciamento a qualquer tempo, de qualquer interessado, pessoa física ou jurídica que preencha as condições mínimas deste processo.
- 4.3. Poderão participar profissionais médicos e estabelecimentos de saúde que disponibilizem tratamentos clínicos e cirúrgicos nas especialidades admitidas ou que venham a ser admitidos pelo Conselho Federal de Medicina, de acordo com a resolução CFM nº 1.763/2005 ou outra que a venha substituir, observada a Lei 12.842/2013, bem como profissionais de saúde não médicos com atividades regulamentadas nos respectivos conselhos de fiscalização das atividades profissionais.
- 4.4. Poderão participar microempresas e empresas de pequeno porte, bem como as cooperativas de especialidades, desde que os serviços prestados sejam em caráter coletivo e com absoluta autonomia dos cooperados, juntando, na fase de credenciamento, listagem com o nome de todos os associados.
- 4.5. Não poderão participar:
 - a) empresas ou associações reunidas em consórcio;
 - b) operadoras privadas de planos de saúde;
 - c) empresas cumprindo suspensão temporária de participação em licitação da Administração Pública;
 - d) pessoas físicas ou jurídicas impedidas de contratarem com o Comando da Aeronáutica ou com a Administração Pública;
 - e) pessoas físicas ou jurídicas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar ou contrata com a Administração Pública, nos limites determinados pelo inciso IV do

- art. 87 da Lei nº 8.666/93;
- f) pessoas físicas ou jurídicas que possuam restrições quanto a suas capacidades técnicas ou operacionais, personalidade e capacidade jurídica, idoneidade financeira e regularidade fiscal, inclusive, sob investigação do Ministério Público quanto a sua idoneidade nos procedimentos utilizados na prestação dos serviços objeto do presente credenciamento;
 - g) empresas que se encontrarem em processo de falência ou de dissolução;
 - h) pessoas físicas que se encontrarem em processo de insolvência civil;
 - i) quaisquer interessados que se enquadrarem nas vedações previstas no inciso III do artigo 9º da Lei nº 8.666/1993;
 - j) cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive, de servidor integrante da Comissão de Credenciamento, da Subdivisão de Auditoria Técnica do HFASP, dos que exerçam funções de Ordenador de Despesas, Gestor do FUNSA, bem como do Comandante desta Organização Credenciadora; e
 - k) sociedades que tenham em seu quadro societário quaisquer das pessoas indicadas nas alíneas anteriores. Neste caso, a restrição poderá ser afastada caso comprovada, no caso concreto, a ausência de ofensa aos princípios da isonomia, da impessoalidade e da moralidade.

5. DA PROPOSTA DE CREDENCIAMENTO (PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS)

- 5.1. Os interessados no credenciamento de serviços de saúde deverão apresentar Proposta, devendo esta:
- a) ser digitada e impressa, sem emendas, rasuras, entrelinhas ou ambiguidades;
 - b) declarar concordância com as condições estabelecidas neste Edital e nos seus Anexos;
 - c) constar dias e horários de atendimento;
 - d) conter a relação de serviços prestados;
 - e) conter a relação de equipamentos técnicos; e
 - f) indicar o nome do Banco, número da agência e conta-corrente para crédito dos pagamentos, cuja titularidade deverá ser da própria CREDENCIADA (pessoa física ou jurídica), anexando documentação comprobatória; e ser datada e assinada pelo interessado, no caso de pessoa física, ou, no caso de pessoa jurídica, pelo representante legal, conforme disposto no contrato social.
- 5.2. A Proposta terá validade de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega, o qual admitirá prorrogação.
- 5.2.1. Decorrido o prazo de validade das propostas, sem convocação para assinatura do Termo de Adesão, ficam os licitantes liberados dos compromissos assumidos.
- 5.3. Cada pessoa física ou jurídica interessada apresentar-se-á com representante devidamente munido de credenciais, o qual será admitido a intervir nas fases do procedimento de habilitação e responderá, assim, para todos os efeitos, por sua representada, devendo ainda, no ato de suas eventuais manifestações, identificar-se exibindo a carteira de identidade ou outro documento equivalente.
- 5.3.1. Por credenciais entende-se:
- a) habilitação do representante mediante procuração outorgada com poderes expressos para a prática do ato, acompanhada de cópia atualizada do ato de investidura do outorgante, do qual constem poderes para a outorga respectiva; e

- b) caso seja administrador de pessoa jurídica, este deverá apresentar o estatuto ou contrato social registrado, bem como as alterações averbadas, que comprovem os poderes necessários para o uso da firma ou denominação social.
- 5.3.2.A não apresentação ou incorreção dos documentos listados no item 5.3.1 não determinará a inabilitação, mas impedirá o representante de se manifestar e responder pela interessada.
- 5.3.3.A ausência ou inabilitação do representante para um ato não impede o suprimento da deficiência que lhe deu causa.

6. DA HABILITAÇÃO

- 6.1. A Comissão de Credenciamento consultará o Sistema de Cadastro Unificado de Fornecedores - SICAF, em relação à habilitação jurídica, à regularidade fiscal e trabalhista, bem como em relação à habilitação técnica, conforme disposto na Instrução Normativa SEGES/MP N° 03, de 26 de abril de 2018, respeitada a documentação complementar prevista no item 6.6 desta Seção.
- 6.1.1. Também poderão ser consultados os sítios oficiais emissores de certidões, especialmente quando o licitante esteja com alguma documentação vencida junto ao SICAF.
- 6.1.2. Os interessados cadastrados no SICAF deverão apresentar a documentação listada neste Capítulo, quando ausente do cadastro.
- 6.2. Caso a Comissão não logre êxito em obter a certidão correspondente através do sítio oficial, ou na hipótese de se encontrar vencida no referido sistema, o interessado será convocado a encaminhar documento válido que comprove o atendimento das exigências deste Edital, sob pena de inabilitação.
- 6.3. Documentos de habilitação:
- 6.3.1. HABILITAÇÃO JURÍDICA: comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:
- 6.3.1.1. Para PESSOAS FÍSICAS, serão exigidos:
 - a) cópia da Carteira de Identidade; e
 - b) regularidade com o respectivo Conselho de Classe.
 - 6.3.1.2. Para PESSOAS JURÍDICAS, serão exigidos:
 - a) cédula de identidade ou outro documento equivalente do(s) representante(s) legal(is);
 - b) Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual;
 - c) ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrado, e no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documento de eleição de seus administradores ou, se for o caso, procurações que outorguem poderes para terceiros;
 - d) inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência; e
 - e) inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício.

6.3.1.3. Em caso de cooperativas, conforme o item 10.5 do Anexo VII-A da IN SEGES/MPDG N° 05 de 2017:

- a) inscrição do ato constitutivo deve estar acompanhada de prova dos responsáveis legais;
- b) registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual, se houver;
- c) ata de Fundação;
- d) Estatuto Social com a Ata da Assembleia que o aprovou;
- e) Regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da Assembleia que os aprovou;
- f) Edital de convocação das três últimas Assembléias Gerais extraordinárias;
- g) Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação; e
- h) regularidade com o respectivo Conselho de Classe.

632. **REGULARIDADE FISCAL:** comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

6.3.2.1. Para PESSOAS FÍSICAS:

- a) prova de inscrição do licitante no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF);
- b) prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados;
- c) prova de regularidade de inscrição e de recolhimento das contribuições do Contribuinte Individual para com a Previdência Social, efetuada mediante a apresentação da Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual (DRS-CI), fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS);
- d) prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS ± CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal. Caso a licitante pessoa física não seja empregador, deverá, em substituição ao CRF, declarar tal fato; e
- e) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n° 5.452, de 1° de maio de 1943.

6.3.2.2. Para PESSOAS JURÍDICAS:

- a) prova de inscrição no Cadastro Nacional de pessoa jurídica (CNPJ);
- b) prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional efetuada mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados (Portaria Conjunta PGFN/RFB n° 1.751, de 02 de outubro de 2014);
- c) prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS ± CRF, emitido pela Caixa Econômica Federal;
- d) prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do

Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943;

- e)
- e) quando o contrato for executado por filial da empresa, o licitante deverá comprovar a regularidade fiscal da matriz e da filial.

6.3.2.3. As certidões de comprovação da regularidade fiscal dos licitantes deverão ser apresentadas dentro do prazo de validade estabelecido em lei ou pelo órgão expedidor ou, na hipótese de ausência de prazo estabelecido, deverão estar datadas dos últimos 180 (cento e oitenta) dias contados da data da abertura da sessão pública.

633. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA: comprovada mediante a apresentação da seguinte documentação:

6.3.3.1. Para PESSOAS FÍSICAS:

- a) Curriculum Vitae datado e assinado;
- b) prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;
- c) comprovação da Especialidade, mediante a apresentação de título de especialidade registrado no respectivo Conselho Regional;
- d) alvará de localização e funcionamento válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado; e
- e) alvará de autorização sanitária válido expedido em seu nome no endereço onde se propõe a prestar o serviço, salvo se o estabelecimento já o tiver, quando este deverá ser apresentado.

6.3.3.1.1. O credenciamento da pessoa física poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

SITUAÇÃO	DOCUMENTO A SER APRESENTADO
Alvará de autorização sanitária vencido	Alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária
Requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias)	Alvará de autorização sanitária válido
Requerimento superveniente à instituição da empresa	Alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária
Funcionamento decorrente de decreto judicial	Decreto judicial válido

6.3.3.1.2. As pessoas físicas serão credenciadas nas respectivas especialidades comprovadas.

6.3.3.2. Para PESSOAS JURÍDICAS:

- a) prova de registro ou inscrição no Conselho de Classe respectivo;
- b) documentação do responsável técnico da pessoa jurídica:
- RG e CPF;

- Certificado de Especialidade;
 - Registro no Conselho de Classe; e
 - Curriculum Vitae datado e assinado.
- c) relação de membros do corpo clínico datada e assinada pelo responsável técnico contendo os seguintes dados:
- nome completo;
 - especialidade clínica; e
 - número no registro de classe.
- d) alvará de localização e funcionamento válido; e e) alvará de autorização sanitária válido; e
- e) O credenciamento da pessoa jurídica poderá observar as seguintes situações quanto ao alvará de autorização sanitária:

SITUAÇÃO	DOCUMENTO A SER APRESENTADO
Alvará de autorização sanitária vencido	Alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (prazo estabelecido na legislação municipal específica, ou, em caso de omissão na legislação do Município, 120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária
Requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias)	Alvará de autorização sanitária válido ou requerimento a destempo, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária
Requerimento superveniente à instituição da empresa	Alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária
Funcionamento decorrente de decreto judicial	Decreto judicial válido

634. O Interessado (Pessoas Física ou Jurídica) deverá apresentar, ainda, as seguintes declarações:

- a) Declaração de que inexistem fatos impeditivos para sua habilitação e de que se obriga a declarar, sob as penalidades legais, a superveniência de fato impeditivo posterior, conforme Anexo IX;
- b) Declaração de que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, conforme Anexo XI;
- c) Declaração de que não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal, conforme Anexo VIII, e;
- d) Declaração de que os serviços serão prestados por empresas que comprovem cumprimento de reserva de cargos prevista em lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e que atendam às regras de acessibilidade previstas na legislação, conforme

disposto no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, conforme Anexo X.

635. Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em cópias autenticadas.
- 6.3.5.1. Se as cópias forem apresentadas junto com os documentos originais, o agente administrativo responsável pelo seu recebimento poderá atestar a autenticidade da cópia na forma do art. 3º, III, da Lei nº 13.726, de 08 de outubro de 2018.
- 6.3.5.2. Caso seja da preferência do interessado, poderão ser apresentadas cópias autenticadas por Tabelião de Notas.
- 6.3.5.3. Os documentos que puderem ser emitidos pela internet dispensam a autenticação.
636. Como condição prévia ao exame da documentação de habilitação será realizada verificação quanto ao eventual descumprimento das condições de participação, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no credenciamento ou na futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:
- a) SICAF;
 - b) Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas - CEIS, mantido pela Controladoria-Geral da União (www.portaldatransparencia.gov.br/ceis);
 - c) Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Atos de Improbidade Administrativa, mantido pelo Conselho Nacional de Justiça (www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php);
 - d) Lista de Inidôneos e o Cadastro Integrado de Condenações por Ilícitos Administrativos - CADICON, mantidos pelo Tribunal de Contas da União - TCU; e
 - e) Para a consulta de licitantes pessoa jurídica poderá haver a substituição das consultas das alíneas “b”, “c” e “d” acima pela Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU (<https://certidoesapf.apps.tcu.gov.br/>).
637. A consulta aos cadastros será realizada em nome da pessoa jurídica ou física e de seu sócio majoritário, por força do artigo 12, da Lei nº 8.429/1992, que prevê, dentre as sanções impostas ao responsável pela prática de ato de improbidade administrativa, a proibição de contratar com o Poder Público, inclusive por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário.
638. Caso conste na Consulta de Situação do Fornecedor a existência de Ocorrências Impeditivas Indiretas, o gestor diligenciará para verificar se houve fraude por parte das empresas apontadas no Relatório de Ocorrências Impeditivas Indiretas.
639. A tentativa de burla será verificada por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, dentre outros.
- 63.10. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua desclassificação.
- 6.3.11. Constatada a existência de sanção, a Comissão reputará o interessado inabilitado, por falta de condição de participação.
- 6.3.12. A qualquer tempo, a CREDENCIANTE poderá verificar a manutenção dos requisitos habilitatórios exigidos no Edital.
- 6.3.13. Anualmente, a CREDENCIANTE deverá verificar a continuidade dos cumprimentos dos requisitos de habilitação exigidos no Edital.

7. DA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO

- 7.1. O recebimento da documentação ocorrerá nos dias úteis, das 07h às 14h - horário de Brasília, entregues à Comissão de Credenciamento, na Subdivisão de Auditoria Técnica, localizado à Avenida Olavo Fontoura, n.º 1400, bairro Santana, Município São Paulo, Estado São Paulo, CEP 02012-021.
- 7.2. O envelope deverá conter na parte externa os seguintes dizeres:

AO HFASP – HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO
Subdivisão de Auditoria Técnica
Prédio Administrativo (sala ao lado do FUNSA)
Avenida Olavo Fontoura, 1400 – Santana São Paulo – SP
CEP – 02012-021

- 7.3. A documentação apresentada será objeto de análise pela Organização Credenciante. Considerar-se-á habilitado apenas o interessado que apresentar os documentos exigidos no prazo de validade neles previstos e, quando não mencionado, os documentos serão considerados válidos por até 60 (sessenta) dias, contados da data de sua emissão.
- 7.4. A documentação apresentada de forma incompleta, rasurada ou em desacordo com o estabelecido neste Edital será considerada inepta, podendo o interessado apresentar novo documento livre das causas que ensejaram sua inépcia.
- 7.5. Após a habilitação, a OC condicionará o credenciamento à possibilidade de realização de inspeção prévia das instalações, equipamentos, condições de atendimento, higiene e capacidade técnico-operativa.
- 7.6. A CREDENCIANTE poderá, até a assinatura do Termo de Adesão, inabilitar a pessoa jurídica/pessoa física, por despacho fundamentado, se tiver informação abalizada de qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a qualificação técnica, a habilitação jurídica ou a regularidade fiscal daquela entidade ou prestador de serviço.

8. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 8.1. Os recursos para pagamento dos serviços realizados com base nos credenciamentos oriundos desse processo serão suportados no programa 2018 (Programa de Gestão e manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes), Fontes 0.100.000.000, 0.270.120.350, 0.270.120.550, natureza de despesa 3.3.90.39 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36 (Pessoa Física).

9. DO TERMO DE ADESÃO E SUA VIGÊNCIA

- 9.1. Conforme Parecer nº 003/2017/CNU/CGU/AGU, de 11 de abril de 2017, aprovado pelo Despacho nº 102, de 22 de março de 2019, do Advogado Geral da União, o ato formal de credenciamento se dará por meio da assinatura de Termo de Adesão, cuja minuta constitui o Anexo VII do presente Edital.
- 9.2. Após a decisão pelo deferimento do credenciamento, o interessado será convocado para

assinar o Termo de Adesão, conforme modelo do Anexo VII deste Edital, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, podendo ser prorrogado, quando solicitado pelo interessado, desde que ocorra motivo justificado.

9.2.1. Alternativamente à convocação para comparecimento pessoal, o Órgão credenciador poderá encaminhar o Termo de Adesão para assinatura do interessado, mediante correspondência postal com Aviso de Recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado e devolvido no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data de seu recebimento.

93. O Termo de Adesão também será assinado pela autoridade competente do Órgão credenciador e corresponderá ao ato formal de credenciamento e de reconhecimento da inexigibilidade de licitação, observando-se os procedimentos previstos no artigo 26 da Lei nº 8.666, de 1993.

94. A OC reunirá os Termos de Adesão assinados e, quinzenalmente, publicará Portaria de Credenciamento no Diário Oficial da União, contendo extrato dos Termos de Adesão firmados naquela quinzena.

9.4.1. A vigência das adesões firmadas pelo credenciado inicia-se com a publicação da Portaria de que trata o item 9.4., e também, será fixada por prazo indeterminado, sem sujeição aos limites de prorrogação do artigo 57, inciso II, da Lei 8.666/93.

95. Conforme mencionado acima, o Termo de Adesão será publicado no Diário Oficial da União, mediante Portaria, dispensando-se a publicação do extrato do futuro contrato, conforme Orientação Normativa AGU nº 33/2011.

10. DO CONTRATO

10.1. Após a publicação do Termo de Adesão, o CREDENCIADO será convocado para assinar o respectivo contrato, conforme modelo do Anexo II deste Edital, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado, quando solicitado pelo CREDENCIADO, desde que ocorra motivo justificado.

10.1.1. Alternativamente à convocação para comparecimento pessoal, o Órgão Credenciador poderá encaminhar o Termo de Contrato de Credenciamento para assinatura do CREDENCIADO, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado e devolvido no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de seu recebimento.

10.2. Previamente à contratação, a Administração realizará consulta ao SICAF para identificar possível proibição de contratar com o Poder Público ou ocorrências impeditivas indiretas, bem como realizará consulta prévia ao CADIN, nos termos do art. 6º, III, da Lei nº 10.522, de 2002.

10.3. Caso o CREDENCIADO não esteja inscrito no SICAF, deverá proceder ao seu cadastramento, sem ônus, antes da contratação.

11. DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

11.1. O prazo de vigência do Contrato de Credenciamento é de 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei nº 8.666, de 1993, e Orientação Normativa AGU nº 38/2011.

11.2. O prazo inicial de vigência do contrato por 60 (sessenta) meses segue a premissa da alínea “b” da Orientação Normativa AGU nº 38/2011 pois:

- 11.21. O credenciamento caracteriza-se pela ausência de exclusão, pois serão celebrados contratos com todos os interessados que cumprirem os requisitos exigidos neste Edital, a qualquer momento, enquanto vigente o Edital. Assim, a vigência dos contratos por prazo extenso (60 meses ao invés dos tradicionais 12 meses) não representa potencial prejuízo à isonomia ou aos direitos de terceiros, pois outros interessados poderão celebrar novos contratos a qualquer momento.
- 11.22. O credenciamento caracteriza-se pela uniformidade de preços, de modo que os preços contratuais seguem tabelas referenciais padronizadas. Assim, a vantajosidade econômica dos contratos celebrados é pressuposta, pois respaldada na conformidade das próprias tabelas referenciais – o que tornaria o procedimento de prorrogação anual supérfluo para o fim de demonstrar a vantajosidade econômica da continuidade do contrato.
- 11.23. Como em todo contrato administrativo, o eventual inadimplemento da contratada pode acarretar a rescisão unilateral a qualquer tempo, de modo que o procedimento de prorrogação anual também se mostraria supérfluo para o fim de controlar a adequação da execução contratual.
- 11.24. Por tais motivos, dentre outros, a vigência do contrato pelo prazo de 60 (sessenta) meses pode representar redução de custos administrativos e ganho de eficiência, abolindo procedimentos de prorrogações anuais que não se revestiriam de utilidade efetiva, em razão das peculiaridades do credenciamento.

12. DAS ALTERAÇÕES DO CONTRATO

- 12.1. Os contratos poderão ser alterados, mediante celebração de termo aditivo, a ser publicado no Diário Oficial da União, respeitadas as diretrizes aplicáveis do artigo 65 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 12.2. O contratado poderá requerer a alteração do contrato para a inclusão de novos serviços, desde que já estejam previstos no Edital de credenciamento e sejam demonstrados os requisitos de habilitação correspondentes definidos no Edital

13. DO REGIME DE EXECUÇÃO

- 13.1. A prestação do serviço será mediante GAB (Guia de Apresentação do Beneficiário) ou GEAM (Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico- Hospitalar), que deverão conter os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do prestador de serviço CREDENCIADO.
- 13.1.1. Nos casos excepcionais em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no sistema informatizado da saúde complementar - SISAUC (beneficiário da assistência do SISAU ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular), a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício assinado por autoridade competente.
- 13.1.2. Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deve, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele discriminado(s) foi(ram) realizados, com aposição de sua assinatura.

- 13.13. O encaminhamento de beneficiários do SISAU exclusivos da AMH (não contribuintes do FUNSA) será feito por meio de GEAM, na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) as despesas, diretamente ao CREDENCIADO, no ato da execução do procedimento.
- 13.2. Para atendimento pelo CREDENCIADO, os beneficiários do SISAU e os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares serão encaminhados por Organização Militar da Aeronáutica e deverão identificar-se com apresentação de documento oficial de identificação com foto e guia/documento próprio de encaminhamento.
- 13.3. Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço sem guia/documento próprio de encaminhamento.
- 13.3.1. Nos casos previstos no item 13.3, caberá ao prestador de serviços CREDENCIADO:
- a) redobrar a atenção ao identificar o beneficiário;
 - b) orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à OC responsável, no prazo máximo de quarenta e oito horas, a contar da data do atendimento;
 - c) providenciar a certificação, pelo beneficiário /representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na fatura (ou documento equivalente); e
 - d) comunicar o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), no prazo máximo de dois dias úteis, a contar da data do atendimento, fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência.
- 13.4. No caso de instituições hospitalares, o CREDENCIADO obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:
- a) identificação do beneficiário junto ao setor de admissão do CREDENCIADO onde estiver sendo assistido;
 - b) análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;
 - c) visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;
 - d) discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;
 - e) preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e
 - f) auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.
- 13.4.1. Para o encargo previsto no item 13.4, a CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria Organização Credenciadora, de uma outra Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA) ou de profissionais de empresa contratada para tal fim.
- 13.4.2. Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de internação hospitalar, a CREDENCIANTE providenciará a sua transferência, do CREDENCIADO para a Organização Militar.
- 13.4.3. No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento,

cabará à CREDENCIADA encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, à CREDENCIANTE, preferentemente com antecedência ao vencimento das diárias já autorizadas. A CREDENCIANTE dará retorno à CREDENCIADA, especificando a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação.

1344. Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado à CREDENCIANTE, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.
1345. Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexados à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.
1346. No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, até que seja transferido para acomodação compatível com a autorização. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para a CREDENCIANTE.
135. Em princípio, os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria CREDENCIADA. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular à CREDENCIADA, desde que não tenham credenciamento próprio.
136. A CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo e outros que julgar necessários para a execução do contrato, respeitado o protocolo de tratamento da CREDENCIADA.
137. A execução e controle dos serviços contratados será avaliado pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

14. DOS ITENS E DOS PREÇOS DOS SERVIÇOS

- 14.1. Para fim de codificação este Edital utilizará a TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), edição mais atual.
- 14.2. A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas de preços do Anexo III, IV, V e VI, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preços praticados em saúde na praça de São Paulo.
- 14.3. **FILMES RADIOLÓGICOS**
 1431. Para os SADT em que seja necessário o uso de filme radiológico, adota-se, para o cálculo do valor, a tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) vigente na época do atendimento.
 1432. Para os exames valorados por pacote já estão incluídos os valores do filme radiológico.

14.4. MEDICAMENTOS

- 14.4.1. Medicamentos serão pagos por miligramagem utilizada, nas situações que tecnicamente permitirem seu fracionamento.
- 14.4.2. Os medicamentos serão considerados conforme prescrição médica, mas, a medicação será valorada pelo nome do princípio ativo, mediante especificação na conta do fabricante.
- 14.4.3. Para medicamentos (dose individual ou período de tratamento) cujo somatório apresente um valor mínimo de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) será necessária pré-regulação da CREDENCIANTE.
- 14.4.4. Os valores dos medicamentos serão remunerados conforme a Tabela BRASINDICE, preço de fábrica (PF), vigente na data do atendimento.
- 14.4.5. Medicamentos de uso restrito hospitalar serão remunerados conforme a Tabela BRASINDICE, preço de fábrica (PF), acrescidos de 14% (quatorze por cento), a título de remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos.
- 14.4.6. Não serão aceitos insumos que não tenham registro na ANVISA ou cuja utilização ainda seja de caráter experimental.
- 14.4.7. Os medicamentos utilizados no atendimento aos beneficiários, que não constarem do Guia Farmacêutico BRASINDICE, deverão ter seu preço comprovado por nota fiscal de aquisição, respeitando sempre o valor médio praticado no mercado e, com a necessidade de utilização justificada em prontuário.
- 14.4.8. Às CREDENCIADAS contratadas, especializadas em oncologia, que mantenham em depósito, por meio de infra-estrutura peculiar e especializada, medicamentos quimioterápicos, bem como se valham de profissionais devidamente qualificados para preparar, manipular, transportar e descartar tais medicamentos, tudo em conformidade com as exigências da RDC n.º 220 – ANVISA, de 21 de setembro de 2004, serão devidos um valor específico referente à mencionada prestação de serviços, a serem remunerados na base de 14% (quatorze por cento) dos preços dos medicamentos efetivamente utilizados.
- 14.4.9. Os medicamentos utilizados que forem oriundos de manipulação terão seus valores definidos pelo valor de nota fiscal acrescido de 14% (quatorze por cento).
- 14.4.10. Para os medicamentos que não constarem da Tabela BRASINDICE será considerado para fim de valoração o valor da Nota Fiscal acrescido de 15%.
- 14.4.11. Para medicamentos constantes na Tabela BRASINDICE mas que não tenham o PMC divulgado serão remunerados pelo valor da Nota Fiscal acrescido de 15%.

14.5. DIETAS ENTERAIS E SUPRIMENTOS

- 14.5.1. Nos casos de atenção domiciliar, DIETAS ENTERAIS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS, via de regra, serão fornecidas pela CREDENCIANTE, sem o pagamento a título de taxa de comercialização.
- 14.5.2. Para os demais atendimentos a valoração das DIETAS PARENTERAIS será pelo valor da Nota Fiscal acrescido de 15%.
- 14.5.3. Ainda, para os demais atendimentos, a valoração das DIETAS ENTERAIS será pelo valor da TABELA BRASINDICE com deflator de 30%.

14.6. OPME

- 14.6.1. Na solicitação de OPME (órteses, próteses e materiais especiais), a CREDENCIADA deverá apresentar à CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de diferentes fornecedores e/ou fabricantes próprios da CREDENCIADA, que serão submetidos à auditoria prévia.
- 14.6.2. A valoração será feita pelo preço da nota fiscal acrescido de 15% (quinze por cento) como margem de comercialização.
- 14.6.3. A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 3.000,00 (três mil reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pela CREDENCIANTE.
- 14.6.4. Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R\$ 2.999,99 (dois mil, novecentos e noventa e nove reais e noventa e nove centavos), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pela CREDENCIANTE.
- 14.6.5. Para comprovação do valor do OPME, a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME e as etiquetas/embalagens dos produtos deverão estar anexadas à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

14.7. EXCLUSÃO DE COBERTURA

14.7.1. Não há cobertura contratual para:

- a) Despesas com acompanhante;
- b) Material de higiene pessoal;
- c) Equipamento de Proteção individual / Paramentação (inclusos nas taxas e diárias);
- d) Pomadas, cremes de uso preventivo, cremes hidratantes;
- e) Todos os descritos no item 1.5 do Anexo III – Instruções Gerais.

14.8. DIÁRIAS

- 14.8.1. A diária corresponde a um período de 24 horas que, inicia-se às 12:00h e termina às 11:59h do dia subsequente.
- 14.8.2. Será considerada internação se o período de permanência for superior a 12 horas, exceto em caso de óbito ou transferência, nos quais a CREDENCIADA fará jus à remuneração de uma diária mesmo em períodos inferiores a 12 horas de permanência.
- 14.8.3. O período, para pagamento de diária, inicia-se a partir da primeira 12:00h do dia que a internação deu início ou do dia subsequente.

14.9. NOVOS PACOTES

- 14.9.1. A qualquer momento, desde que acordado entre as partes, poderá ser estabelecido novo pacote 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.
- 14.9.2. Caso seja estabelecido um novo pacote, este deve ser estendido aos demais CREDENCIADOS.

14.10. HONORÁRIOS

- 14.10.1. Para honorários de procedimentos médicos classificados nos capítulos 1, 2 e 3 da tabela CBHPM, será adotada, como valor máximo, a tabela CBHPM, ano 2018, com UCO de R\$ 14,33.

14.102. Para honorários de procedimentos médicos classificados no capítulo 4 da tabela CBHPM, será adotada, como valor máximo, a tabela CBHPM, ano 2018, com UCO de R\$ 14,33.

14.103. Para fins de valoração do porte será considerado o Comunicado Oficial de 2012, cujos valores estão discriminados abaixo:

Porte	Valor	Porte	Valor	Porte	Valor
1 ^a	R\$ 12,86	5C	R\$ 291,64	10B	R\$ 966,50
1B	R\$ 25,72	6A	R\$ 317,65	10C	R\$ 1.072,75
1C	R\$ 38,58	6B	R\$ 349,30	11A	R\$ 1.134,93
2 ^a	R\$ 51,45	6C	R\$ 382,08	11B	R\$ 1.244,58
2B	R\$ 67,82	7A	R\$ 412,60	11C	R\$ 1.365,54
2C	R\$ 80,26	7B	R\$ 456,68	12A	R\$ 1.415,27
3 ^a	R\$ 109,67	7C	R\$ 540,33	12B	R\$ 1.521,53
3B	R\$ 140,14	8A	R\$ 583,29	12C	R\$ 1.864,04
3C	R\$ 160,52	8B	R\$ 611,55	13A	R\$ 2.051,69
4 ^a	R\$ 191,04	8C	R\$ 648,85	13B	R\$ 2.250,64
4B	R\$ 209,13	9A	R\$ 689,55	13C	R\$ 2.489,16
4C	R\$ 236,26	9B	R\$ 753,99	14A	R\$ 2.774,02
5 ^a	R\$ 254,34	9C	R\$ 830,84	14B	R\$ 3.018,19
5B	R\$ 274,69	10A	R\$ 891,89	14C	R\$ 3.329,05

14.104. Quando algum procedimento realizado não constar na Tabela CBHPM 2018, mas tiver sido incluído em alguma edição posterior, deverá ser considerado para pagamento nos parâmetros estabelecidos na Tabela, na qual foi incluído, utilizando-se os valores estabelecidos neste contrato nos itens 3.11.1, 3.11.2 e 3.11.3.

14.105. A vinculação dos preços dos procedimentos médicos à Tabela CBHPM, adotada na prioridade aqui estabelecida, vincula também todas as regras estabelecidas na referida Tabela. Não seguem esta regra os procedimentos adotados como pacote neste contrato.

14.11. MATERIAIS

14.11.1. Os valores dos materiais descartáveis devem ser fixados no parâmetro de 100% da Tabela SIMPRO (atualizada), adotando-se subsidiariamente a tabela BRASINDICE para materiais não constantes da primeira, sendo vedada qualquer sobretaxa em relação à tabela adotada, a título de margem de comercialização, conforme decisão 656/95 do plenário do TCU.

14.11.2. Para os materiais utilizados nos atendimentos aos beneficiários, que não constarem da tabela SIMPRO Hospitalar, seu preço deverá ser comprovado por nota fiscal de aquisição, respeitando sempre o valor médio praticado no mercado, bem como a necessidade de seu emprego deve ser devidamente justificada pela CREDENCIADA.

14.11.3. Materiais de alto custo somente poderão ser utilizados após prévia autorização da CREDENCIANTE. Para materiais que apresente um valor mínimo de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais) será necessária pré-regulação da CREDENCIANTE.

14.12. HEMOTERAPIA

14.12.1. Para sangue e derivados (hemoterapia) será valorado por duas vezes a tabela CBHPM ano 2018 e UCO de R\$ 14,33.

14.12.2. Os valores dos serviços contratados pela OC deverão estar adequados à sua capacidade financeira e ao limite do teto estabelecido em seu orçamento, além de corresponderem à remuneração média praticada pelo mercado local.

15. DA ATUALIZAÇÃO DE VALORES

15.1. A fim de se assegurar que os valores praticados continuem compatíveis com a realidade do mercado, será realizada atualização anual dos preços pela Administração por meio de nova pesquisa de mercado local, que justificará a manutenção, majoração ou redução dos valores dos serviços propostos.

15.2. Os valores anualmente revistos serão publicados em Diário Oficial da União e no sítio eletrônico do HFASP no endereço: <http://www2.fab.mil.br/hfasp/>, respeitados os prazos legais para a publicidade, ainda que não haja alteração dos parâmetros financeiros.

15.3. Os valores das TABELAS REFERENCIAIS do Edital poderão ser reajustados, observando-se o interregno mínimo de 1 (um) ano, contado a partir da data-base, conforme a disciplina dos artigos 2º e 3º da Lei nº 10.192, de 2001.

15.4. Para as tabelas oficiais de entidades médicas, a data-base é aquela estipulada na própria tabela pela respectiva entidade.

15.5. Para as tabelas de valores pesquisados no mercado especializado (orçamento próprio), a data-base é a data de publicação do aviso de Edital no Diário Oficial da União.

15.6. Para os reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno de 1 (um) ano será contado a partir da data dos efeitos financeiros do reajuste anterior.

15.7. O reajuste dos valores das TABELAS REFERENCIAIS será publicado no Diário Oficial da União, nos jornais de grande circulação, bem como, se possível, no sítio eletrônico do Órgão credenciador.

15.8. Para os valores das TABELAS REFERENCIAIS que não possuem critério próprio de reajuste, será adotado como referência o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

16. DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

16.1. São obrigações da CREDENCIANTE:

- a) exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pela CREDENCIADA, em decorrência de sua aceitação por meio do Termo de Adesão;
- b) exercer o acompanhamento e a fiscalização dos serviços, por comissão especialmente designada, anotando em registro próprio as falhas detectadas, e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis;
- c) processar as despesas médicas por intermédio de auditorias prévias, concorrentes e a posteriori, além da verificação da lisura e inspeções administrativas;

- d) notificar a CREDENCIADA por escrito da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;
- e) pagar à CREDENCIADA o valor resultante da prestação do serviço, no prazo e condições estabelecidas;
- f) efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da fatura de serviços do CREDENCIAD; e
- g) não praticar atos de ingerência na administração da CREDENCIADA, tais como exercer o poder de mando sobre os empregados da CREDENCIADA; direcionar a contratação de pessoas para trabalhar na CREDENCIADA.

16.2. São obrigações da CREDENCIADA:

- a) executar os serviços, objeto do presente Edital; - A CREDENCIADA terá prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da GAB acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios;
 - As faturas que tiverem os seus valores glosados, serão informadas à

CREDENCIADA, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da entrega da produção, com as razões das glosas efetuadas, discriminando o item e o valor dessas, através de Relatório de Glosa;

- O recurso de glosa terá um prazo máximo de 15 (quinze) dias para ser apresentado pela CREDENCIADA, contados da data de recebimento do relatório de glosa;
 - O recurso será julgado em até 15 (quinze) dias, contados da data da sua protocolização. Caso seja julgado procedente o recurso de glosa, a CREDENCIANTE efetuará o pagamento. Caso contrário, a CREDENCIANTE informará o resultado à CREDENCIADA e arquivará a documentação; e
 - Após 90 (noventa) dias, a CREDENCIANTE não aceitará despesas decorrentes de GAB não apresentadas, não cabendo recurso.
- b) manter disponibilidade de mão de obra dentro dos padrões quantitativo e qualitativo suficientes para atender a demanda ordinária, bem como eventuais acréscimos solicitados pela CREDENCIANTE, respeitado as disposições da legislação trabalhista vigente;
- c) arcar com o custo do fornecimento de uniformes e de equipamentos de proteção individual (EPI) para a mão de obra envolvida, sendo vedado o repasse de tal custo à CREDENCIANTE;
- d) efetuar a reposição da mão de obra nos serviços, em caráter imediato, em eventual ausência;
- e) atender de imediato as solicitações relativas à substituição de mão de obra desqualificada ou entendida por parte da CREDENCIANTE como inadequada para a prestação dos serviços;
- f) vedar a utilização, na execução dos serviços, de empregado que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no órgão CREDENCIANTE, nos termos do art. 7º do Decreto 7.203, de 2010;
- g) responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas na legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à CREDENCIANTE;
- h) nomear preposto dentre os profissionais alocados na prestação dos serviços, para representação da CREDENCIADA junto à CREDENCIANTE, para controle da execução do contrato;
- i) notificar a CREDENCIANTE no caso de ocorrência de qualquer irregularidade na identificação do beneficiário do SISAU em que haja suspeita de fraude, fornecendo relatório com dados que permitam identificar os envolvidos;
- j) manter instalações, aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto da licitação;
- k) responder integralmente por quaisquer danos causados diretamente à Administração ou a terceiros, decorrentes de sua culpa ou dolo na execução do Termo de Adesão;
- l) não permitir a utilização de qualquer trabalho de menor de dezesseis anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de quatorze anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre; e
- m) manter, enquanto CREDENCIADO, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

17. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

17.1. Comete infração administrativa, a CREDENCIADA que, no decorrer deste processo:

- a) apresentar documentação falsa;

- b) deixar de entregar os documentos exigidos neste processo;
- c) não manter a sua proposta dentro de prazo de validade;
- d) comportar-se de modo inidôneo;
- e) cometer fraude fiscal;
- f) ensejar o retardo do processo de credenciamento;
- g) não executar total ou parcialmente o Termo de Adesão; e
- h) descumprir quaisquer dos deveres elencados no Edital ou no Termo de Adesão.

17.2. Pelo atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do contrato, a CREDENCIADA estará sujeito à multa de (estabelecer percentual) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, aplicada na forma prevista no art. 86 da Lei nº 8.666/1993.

17.3. A multa acima não impede que a CREDENCIANTE rescinda unilateralmente o contrato e aplique as outras sanções previstas neste documento.

17.4. O descumprimento das obrigações contratuais, inclusive sua inexecução, total ou parcial, e/ou das condições previstas neste documento sujeitará a CREDENCIADA, na forma do disposto no art. 87, da Lei nº 8.666/1993, às seguintes penalidades:

- a) Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para o contratante;
- b) Multa de até 10,0 % (dez por cento) sobre o valor correspondente ao(s) serviço(s), caracterizada a inexecução parcial, de forma proporcional à obrigação inadimplida;
- c) Multa de até 5,0% (cinco por cento) sobre o valor total contratado, em caso de inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da cobrança de multa moratória nos termos previstos neste edital;
- d) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Órgão contratante por prazo não superior a 2 (dois) anos; e
- e) Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a ser concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior.

17.4.1. As sanções de multas poderão ser aplicadas juntamente com as demais sanções.

17.4.2. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao contratado, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.

17.4.3. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

17.4.4. As multas devidas e/ou prejuízos causados ao contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos, recolhidos em favor da União, ou inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.

17.5. As sanções de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar e de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública poderão também ser aplicadas às empresas ou aos profissionais que, em razão dos contratos regidos por esta Lei:

- a) tenham sofrido condenação definitiva por praticarem, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- b) tenham praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos do credenciamento; e

- c) demonstrem não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 17.6. As sanções previstas nas alíneas “a”, “d” e “e” do item 17.4 poderão ser aplicadas associadas a das alíneas “b” e “c” do mesmo item, facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 5 (cinco) dias úteis.
- 17.7. A sanção de declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública é de competência exclusiva do Ministro de Estado da Defesa, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de 10 (dez) dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após 2 (dois) anos de sua aplicação.

18. DOS PAGAMENTOS

- 18.1. Os pagamentos decorrentes dos serviços executados serão efetuados de acordo com o item 15 do Projeto Básico.
- 18.2. Ressalta-se que as faturas emitidas, contas hospitalares ou contas de serviços de saúde prestados, não tem valor fiscal, devendo ser emitidas para a verificação e conferência de conformidade pela Seção de Auditoria da Subdivisão de Auditoria Técnica.
- 18.3. Após a conferência, com ou sem glosas, caberá ao CREDENCIADO emitir Nota Fiscal para as providências de liquidação e pagamento.
- 18.4. O prazo de pagamento previsto no Item 15.4.1 do Projeto Básico deverá submeter-se à disponibilidade de recursos financeiros da Fonte de Recursos vinculada à Nota de Empenho, bem como à estrita ordem cronológica das datas de exigibilidade.
- 18.5. Em complemento ao Item 15.5.4 do Projeto Básico, os serviços efetivamente executados serão liquidados e pagos, mesmo com o SICAF vencido, desde que o CREDENCIADO tenha a sua documentação válida nos sítios oficiais emissores das respectivas certidões.

19. DO DESCREDENCIAMENTO

- 19.1. É facultativo ao CREDENCIADO, a qualquer tempo, solicitar unilateralmente seu descredenciamento.
- 19.1.1. O descredenciamento previsto no item 15.1 deverá ser precedido de comunicação formal.
- 19.1.2. A Administração Pública Federal poderá promover o descredenciamento unilateral. São hipóteses que podem ensejar o descredenciamento:
- a) não cumprimento ou cumprimento irregular dos prazos, cláusulas e serviços;
 - b) interrupção dos trabalhos por parte da CREDENCIADA, sem justa causa e prévia comunicação à Administração Pública Federal;
 - c) atraso injustificado no início dos serviços;
 - d) a subcontratação total ou parcial do seu objeto, a associação da CREDENCIADA com outrem, a cessão ou transferência, total ou parcial, bem como a fusão, cisão ou incorporação, não admitidas em Edital e no Termo de Adesão;
 - e) não atendimento das determinações regulares emanadas da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a execução deste instrumento, assim como das de seus superiores;

- f) cometimento reiterado de faltas na execução dos serviços, anotadas na forma do § 1º do art. 67, da Lei 8.666/1993;
- g) a decretação de falência ou a instauração de insolvência civil, bem como a dissolução da sociedade ou o falecimento do CREDENCIADO;
- h) a alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da pessoa jurídica, que prejudique a execução do contrato;
- i) razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado a CREDENCIANTE;
- j) ocorrência de caso fortuito ou de força maior, regularmente comprovado, impeditivo da execução do Termo de Adesão;
- k) descumprimento do disposto no inciso V do art. 27 da Lei n 8.666/1993, sem prejuízo das sanções penais cabíveis; e
- l) descontinuidade de cumprimento dos requisitos de habilitação previstos no instrumento convocatório.

192. Em caso de descredenciamento, os tratamentos em curso deverão ser concluídos por parte da CREDENCIADA, salvo nos casos de expressa manifestação técnica ou administrativa da CREDENCIANTE.

193. O descredenciamento não eximirá a CREDENCIADA das garantias assumidas em relação aos serviços executados e de outras responsabilidades que legalmente lhe possam ser imputadas.

20. DOS RECURSOS

20.1. Dos atos da Administração Pública Federal, referentes ao indeferimento dos pedidos de credenciamento e demais procedimentos previstos neste Edital, caberão recursos administrativos na forma e nos prazos previstos no art. 109 da Lei nº 8.666/1993.

20.1.1. O recurso será formalizado em processo administrativo, observado o devido processo legal.

20.2. Os recursos deverão ser protocolados no Hospital de Força Aérea de São Paulo, Prédio da Administração, Seção de Protocolo, no endereço: Avenida Olavo Fontoura, 1400 – Santana – São Paulo - SP.

21. DA IMPUGNAÇÃO DO EDITAL E PEDIDOS DE INFORMAÇÕES

21.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar o presente edital até 5 (cinco) dias úteis após a data da publicação do Aviso de Credenciamento no Diário Oficial da União.

21.2. Os pedidos de impugnação deverão ser protocolados no Hospital de Força Aérea de São Paulo, Prédio da Administração, Seção de Protocolo, no endereço: Avenida Olavo Fontoura, 1400 – Santana – São Paulo - SP.

21.3. Caberá à Comissão de Credenciamento julgar e responder à impugnação em até 10 (dez) dias úteis.

21.4. Os pedidos de informações poderão ser encaminhados ao Hospital de Força Aérea de São Paulo, Prédio Administrativo (ao lado do setor do FUNSA), Subdivisão de Auditoria Técnica, no endereço: Avenida Olavo Fontoura, 1400 – Santana – CEP: 02012-021 – São Paulo - SP.

22. DA REVOGAÇÃO

22.1. A CREDENCIANTE poderá revogar a licitação por razões de interesse público decorrente de fato superveniente devidamente comprovado, pertinente e suficiente para justificar tal conduta.

22.1.1. A revogação será precedida de procedimento administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, e formalizada mediante parecer escrito e devidamente fundamentado.

23. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. A qualquer tempo, a CREDENCIANTE, assistida ou não por terceiros contratados para tal fim, poderá realizar inspeção nas instalações dos CREDENCIADOS para verificação das condições de atendimento, higiene, equipamentos e capacidade técnica operativa.

23.1.1. A qualquer tempo, a CREDENCIANTE, assistida ou não por terceiros contratados para tal fim, poderá realizar visitas de auditoria concorrente para acompanhamento dos serviços prestados.

23.2. Os procedimentos técnicos citados no Projeto Básico, tais como, Notas Técnicas, Normas Técnicas, Resoluções, Pareceres, Medidas Provisórias e outros, serão convalidados, a qualquer momento, em função de atualizações oficialmente emitidas pelos respectivos órgãos de origem, devendo tal condição servir de orientação ao CREDENCIADO quanto à adequação das rotinas e procedimentos no atendimento aos beneficiários do Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) e, eventualmente, aos beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares.

23.3. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará no afastamento do interessado, desde que seja possível a aferição da sua qualificação e a exata compreensão da sua proposta.

23.4. É facultada a autoridade competente, em qualquer fase do procedimento, a promoção de diligência destinada a esclarecer ou complementar a instrução do processo, inclusive com a fixação de prazo de resposta.

23.5. A Ouvidoria do HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO será o setor responsável por mediar problemas relatados pelos beneficiários relativamente aos serviços prestados pelas CREDENCIADAS.

23.6. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento.

23.7. Os prazos somente se iniciam e vencem em dias de expediente no HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO.

23.8. Em caso de revogação do Edital, extinção, resolução ou descredenciamento, havendo internação, o contrato continuará vigente até que o paciente tenha alta médica ou, seja possível a transferência para outra pessoa jurídica.

23.8.1. Havendo credenciamento com outra pessoa jurídica, que pratique o mesmo objeto, o paciente deverá ser transferido, desde que tecnicamente possível.

23.9. Os casos omissos serão resolvidos pelo Sr. Diretor do Hospital de Força Aérea de São Paulo, com base nas disposições constantes da Lei n.º 8.666/1993 e nas demais Leis, Decretos, Portarias e Instruções Normativas a que este instrumento de convocação se encontra subordinado.

23.10. As dúvidas referentes ao Edital poderão ser formuladas ao Hospital de Força Aérea de São Paulo, Prédio da Administração, Seção de Protocolo, no endereço: Avenida Olavo Fontoura, 1400 – Santana – São Paulo - SP e encaminhadas para endereço eletrônico credenciamento.hfasp@fab.mil.br.

24. DO FORO

24.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Edital será o Foro Federal de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Data conforme assinatura digital

JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO Ten Cel Med
Chefe da Subdivisão de Auditoria Técnica

ALEXANDRE DE ARAÚJO MELO Cel Med
Ordenador de Despesas do HFASP



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	EDITAL DE CREDENCIAMENTO
Data/Hora de Criação:	01/10/2021 14:50:29
Páginas do Documento:	26
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	27
Hash MD5:	410214e7776e9083db345f41e87434db
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 Ten Cel JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO no dia 01/10/2021 às 11:56:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ALEXANDRE DE ARAUJO MELO no dia 04/10/2021 às 14:33:21 no horário oficial de Brasília.



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

ANEXO I

PROJETO BÁSICO

CRENCIAMENTO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

1. OBJETO

- 1.1. Credenciamento, no Estado de São Paulo, de Organizações Civas de Saúde (OCS) e de Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) para a prestação de serviços médicos aos militares e dependentes que tiverem direito à assistência médico-hospitalar, nos termos da Lei nº 6.880, de 1980, e respectiva regulamentação.
- 1.2. A presente contratação trata-se de prestação serviço continuado nas seguintes especialidades: Atendimento médico hospitalar (cirúrgico e clínico) Urgência/ Emergência e ambulatorial, odontológico, Medicina Diagnóstica (laboratorial, exames de imagem, etc...), Medicina Intervencionista, Medicina Avançada, Medicina Nuclear, Hemoterapia, Nefrologia (Hemodiálise/ Diálise), Cirurgia Robótica, internação de longa permanência, Atenção Domiciliar (home care), remoção, Medicina Hiperbárica, Taxas, serviços e diárias de Internação (UTI, apartamento, enfermaria e isolamento), internação psiquiátrica, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Transplantes, Oncologia (Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, Teleterapia e Radiocirurgia), estes serviços complementam as necessidades dos beneficiários que não possam ser atendidas pelas OSA da FAB, podendo ter a sua duração prorrogada por iguais e sucessivos períodos com vistas à obtenção de preços e condições mais vantajosas para a administração, até o limite de 60 (sessenta) meses, com base no artigo 57, II, da Lei 8.666, de 1993.

2. JUSTIFICATIVA DO CREDENCIAMENTO

2.1. O credenciamento justifica-se pelos seguintes motivos:

- Para prestar assistência médico-hospitalar nas localidades em que não exista OMS;
- Para complementar os serviços especializados da OMS, nos casos em que nenhuma OSA disponha de condições técnicas (equipamento ou material) ou de pessoal à prestação da assistência, observado o fluxo de referência no SISAU; ou,
- Para outros fins, a critério do Ministério da Defesa.

3. RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

3.1. O valor total estimado da contratação é de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões) por ano, perfazendo o valor total de R\$ 100.000.000,00.

3.2. As despesas para atender as contratações decorrentes do credenciamento estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da União, para os exercícios dentro da vigência deste instrumento, conforme classificação abaixo:

3.2.1. Programa 2018 (Programa de Gestão e manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Cíveis, Empregados, Militares e seus Dependentes), Fontes 0100000000, 0250120350, 0250120550, natureza de despesa 3.3.90.39.00 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36.00 (Pessoa Física).

4. ABRANGÊNCIA DO CREDENCIAMENTO

4.1. O credenciamento abrangerá as seguintes áreas geográficas (municípios): SÃO PAULO, GUARULHOS, GUARUJÁ, SANTOS, SÃO ROQUE, SOROCABA, SÃO VICENTE, CAMPINAS, MOGI DAS CRUZES, PRAIA GRANDE, SANTO ANDRÉ, INDAIATUBA, ATIBAIA, OSASCO, SÃO BERNARDO DO CAMPO, JUNDIAÍ, PIRACICABA, ITANHAÉM, DIADEMA, SÃO CAETANO DO SUL, MONGAGUÁ, ARUJÁ, MAIRIPORÁ, CARAPICUIBA, PERUÍBE, BRAGANÇA PAULISTA, FERRAZ DE VASCONCELOS, SANTANA DE PARNAÍBA, PRESIDENTE PRUDENTE, EMBU, BARUERI, TABOÃO DA SERRA, ITAQUAQUECETUBA, ITAPETININGA, ITU, VINHEDO, BERTIOGA, ITATIBA, POÁ, TATUÍ, IBIÚNA, COTIA, HORTOLÂNDIA, FRANCO DA ROCHA, BOITUVA, GUARAREMA, PORTO FELIZ, MAIRINQUE, ITAPEVI, SUZANO, CAIERAS, BOM JESUS DOS PERDÕES, VOTUPORANGA, CAMPO LIMPO PAULISTA, AVARÉ, BIRITIBA MIRIM, CANANÉIA, SANTA BÁRBARA D OESTE, JARINU, CATANDUVA, BOTUCATU, OURINHOS, ITUPEVA, SÃO MANUEL, CAÇAPAVA, ITAPECERICA DA SERRA, MARÍLIA, JARDINÓPOLIS, ILHA COMPRIDA, SALTO, PIEDADE, JABOTICABAL, SALTO DE PIRAPORA, LOUVEIRA, SOCORRO, PACAEMBU, REGISTRO, ASSIS, IGUAPE, VARGEM GRANDE PAULISTA, PENÁPOLIS, MONTE APRAZÍVEL, CAJATI, UCHÔA, GUARARAPES, SANTANA, MAUÁ, CUBATÃO, COSMÓPOLIS, NHANDEARA, ITUVERAVA, BONFIM PAULISTA, RIBEIRÃO PIRES, VÁRZEA PAULISTA, CAFELÂNDIA, SALESÓPOLIS, ALAMBARI, ITAPEVA, TAQUARITINGA, IACANGA, PAULICÉIA, ITÁPOLIS, CÁSSIA DOS COQUEIROS, PIRAJU, ITARARÉ, IBIRA, JUQUIÁ, IBITINGA, NOVA ODESSA, RIOLÂNDIA, CONCHAS, GENERAL SALGADO, CAJAMAR, CAPÃO BONITO, MONTE MOR, BADY BASSIT, CABREÚVA, SUMARÉ, MIRASSOL, PARDINHO, AREALVA, NOVO HORIZONTE, LINS, FERNANDÓPOLIS, SANTA ADÉLIA, TUIUTI, SANTO ANTÔNIO DO JARDIM, PRESIDENTE EPITÁCIO, ARAÇOÍABA DA SERRA, JUQUITIBA, PRESIDENTE VENCESLAU, DUARTINA, ITAJOBÍ, BURITIZAL, JANDIRA, ITATINGA, FRANCISCO MORATO, OLÍMPIA, IPAUSSU, CERQUILHO, TUPÃ, VOTORANTIM, VARGEM, POTIRENDABA, TABATINGA, CERQUEIRA CÉSAR, PEDERNEIRAS, MORUNGABA, ADAMANTINA, IBATÉ, FERNANDO PRESTES, VERA CRUZ, RIO GRANDE DA SERRA, JALES, BARIRI, JOSÉ BONIFÁCIO, ÁLVARES MACHADO, SARAPUÍ, SALTINHO, PIRAJUÍ, ITARIRI, TAPIRATIBA, PARAGUAÇU PAULISTA, BURI, PARAÍSO, QUATÁ, PARANAPANEMA, ITAPUÍ, ILHA SOLTEIRA, PIRACAIA, ANGATUBA, BIRIGUI, PAULO DE FARIA, PIRANGI, EMBU GUAÇU, PONTAL, PEDREIRA, AGUDOS, IPERÓ, TIMBURI, MIGUELÓPOLIS, MURUTINGA DO SUL, SÃO LOURENÇO DA SERRA, CASTILHO, MIRACATU, GARÇA, PILAR DO SUL, RIBEIRÃO CORRENTE, PINDORAMA, RIO DAS PEDRAS, PINHALZINHO, LENÇÓIS PAULISTA.

4.2. O credenciamento abrangerá as seguintes modalidades ou especialidades médicas:

- Atendimento médico hospitalar (cirúrgico e clínico) Urgência/ Emergência e ambulatorial, odontológico, Medicina Diagnóstica (laboratorial, exames de imagem, etc...), Medicina Intervencionista, Medicina Avançada, Medicina

Nuclear, Hemoterapia, Nefrologia (Hemodiálise/ Diálise), Cirurgia Robótica, internação de longa permanência, Atenção Domiciliar (home care), remoção, Medicina Hiperbárica, Taxas, serviços e diárias de Internação (UTI, apartamento, enfermaria e isolamento), internação psiquiátrica, Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Transplantes, Oncologia (Quimioterapia, Radioterapia, Braquiterapia, Teleterapia e Radiocirurgia), estes serviços complementam as necessidades dos beneficiários que não possam ser atendidas pelas OSA da FAB.

5. DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1. Os detalhamentos de todos os serviços e fornecimentos abrangidos pelo credenciamento constam das TABELAS REFERENCIAIS de remuneração dos serviços e dos preços dos insumos e dos medicamentos, nos Anexos III, IV, V e VI, do Edital de Credenciamento.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS

6.1. Serão beneficiários dos serviços prestados no credenciamento:

- Os Militares e seus dependentes, cadastrados na SARAM, identificados através de documento emitido pela CREDENCIANTE.

7. FORMA DE ENCAMINHAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS

7.1. As normas para encaminhamento dos beneficiários às Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) são as seguintes:

- A autorização prévia para beneficiários do FUNSA será formalizada pela emissão de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB) por meio do sistema informatizado da saúde complementar em vigor no SISAU.
- Nos casos excepcionais em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no Sistema para a Saúde Complementar - SISauC (beneficiários da assistência do SISAU ainda não cadastrado ou excluído, ou assistência por ordem judicial, ou, ainda, após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde), a autorização prévia será formalizada por meio de ofício assinado pelo Chefe, Diretor ou Comandante da OC.
- Em casos de comprovada urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço sem guia/documento próprio de encaminhamento. Nestes casos, a auditoria da OC deverá, após ciência do fato e adequada comprovação do caráter de urgência e/ou emergência, emitir a autorização formal para o procedimento e iniciar o acompanhamento de todo o processo de assistência à saúde. Neste caso, antes de iniciar o atendimento, a CREDENCIADA deverá entrar em contato com a CREDENCIANTE para confirmar a dependência entre o beneficiário e a FAB.

8. CONDIÇÕES DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1. A prestação dos serviços observará as seguintes condições e procedimentos:

- 8.1.1 A prestação do serviço será mediante GAB (Guia de Apresentação do Beneficiário) ou GEAM (Guia de Encaminhamento para a Assistência Médico-Hospitalar), que deverão conter os dados necessários para identificação do beneficiário do SISAU, do procedimento em saúde a ser realizado e do prestador de serviço credenciado.
- 8.1.1.2 Nos casos excepcionais em que for necessário o encaminhamento para a rede credenciada de pacientes não cadastrados no sistema informatizado da saúde complementar - SISauC (beneficiário da assistência do SISAU ainda não cadastrado, ou assistência por ordem judicial, ou após licenciamento por término de tempo de serviço amparado por Junta de Saúde, ou beneficiário do Sistema de Saúde de outra Força Singular), a autorização prévia será formalizada por meio de Ofício assinado por autoridade competente.
- 8.1.1.3 Para certificação do procedimento autorizado, o paciente ou seu responsável deve, obrigatoriamente, declarar, na guia/documento próprio de encaminhamento, que o(s) procedimento(s) nele discriminado(s) foi(ram) realizado(s), com aposição de sua assinatura.
- 8.1.1.4 O encaminhamento de beneficiários do SISAU exclusivos da AMH (não contribuintes do FUNSA) será feito por meio de GEAM, na qual constará a observação de que o responsável deverá pagar integralmente (100% - cem por cento) as despesas, diretamente à CREDENCIADA, no ato da execução do procedimento.
- 8.1.2 Para atendimento pela CREDENCIADA, os beneficiários do SISAU e os beneficiários do Sistema de Saúde de outras Forças Singulares serão encaminhados por Organização Militar da Aeronáutica e deverão identificar-se com apresentação de documento oficial de identificação com foto e guia/documento próprio de encaminhamento.
- 8.1.3 Em casos de urgência e/ou emergência, quando não houver a possibilidade de emissão de solicitação e/ou emissão de autorização prévia, o atendimento poderá ser realizado pelo prestador de serviço sem guia/documento próprio de encaminhamento.
- 8.1.3.1 Nos casos previstos no item 8.3, caberá ao prestador de serviços credenciado:
- a) dobrar a atenção ao identificar o beneficiário;
 - b) orientar o beneficiário e/ou seu representante legal a comunicar o atendimento à OC responsável, no prazo máximo de quarenta e oito horas, a contar da data do atendimento;
 - c) providenciar a certificação, pelo beneficiário /representante legal, dos procedimentos realizados, mediante assinatura na fatura (ou documento equivalente); e
 - d) comunicar o atendimento à CREDENCIANTE (independentemente da comunicação do beneficiário), no prazo máximo de dois dias úteis, a contar da data do atendimento, fornecendo todos os elementos necessários para que seja comprovada a urgência e/ou emergência.
- 8.1.4 No caso de instituições hospitalares, a CREDENCIADA obriga-se a permitir a auditoria técnica no local, nos seguintes termos:
- a) identificação do beneficiário junto ao setor de admissão da CREDENCIADA onde estiver sendo assistido;
 - b) análise do Prontuário Médico e demais registros clínicos;
 - c) visita ao paciente com observação crítica de seu estado, correlacionando-o com o Prontuário Médico e com os demais registros clínicos;
 - d) discussão dos casos com a(s) equipe(s) médica(s) assistente(s), sempre que necessário para o satisfatório desempenho das funções de auditoria;
 - e) preenchimento do Relatório de Auditoria Hospitalar; e,
 - f) auditoria das faturas médico-hospitalares, correlacionando Prontuário Médico e Relatório de Auditoria Hospitalar.
- 8.1.4.1 Para o encargo previsto no item 8.4, a CREDENCIANTE poderá se valer de profissionais de saúde da própria Organização Credenciante, de uma outra Organização de Saúde da Aeronáutica (OSA) ou de profissionais de empresa contratada para tal fim.
- 8.1.4.2 Caso uma OSA ou Organização Militar de Saúde de outra Força Singular reúna as condições necessárias para prestar a adequada assistência ao beneficiário em regime de

internação hospitalar, a CREDENCIANTE providenciará a sua transferência, do CREDENCIADO para a Organização Militar.

8.1.4.3 No caso de haver necessidade de prorrogação do tempo de internação além do período inicialmente autorizado por guia/documento próprio de encaminhamento, caberá à CREDENCIADA encaminhar a solicitação de prorrogação, emitida pelo médico assistente, à CREDENCIANTE, preferentemente com antecedência ao vencimento das diárias já autorizadas. A CREDENCIANTE dará retorno à CREDENCIADA, especificando a quantidade de diárias autorizadas na prorrogação.

8.1.4.4 Nos casos de internação clínica, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser feito relatório detalhado com justificativa e encaminhado à CREDENCIANTE, para autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deve solicitar e justificar, no prontuário, a avaliação e parecer, e/ou acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código próprio para parecer médico.

8.1.4.5 Para comprovação do total de diárias autorizadas, todas as guias/documentos próprios de autorização deverão estar anexos à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

8.1.4.6 No caso de inexistência de vagas na acomodação autorizada, o Beneficiário será internado em acomodação disponível e compatível com seu quadro clínico, nunca em nível inferior, até que seja transferido para acomodação compatível com a autorização. Nestes casos, não caberão quaisquer ônus de diferença de preços daquele período para a CREDENCIANTE.

8.1.5 Em princípio, os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria CREDENCIADA. Equipara-se a esse profissional, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que prestem serviço em caráter regular à CREDENCIADA, desde que não tenham credenciamento próprio.

8.1.6 A CREDENCIANTE poderá fornecer medicamentos, materiais de penso, órteses, próteses, materiais cirúrgicos especiais (reutilizáveis), dietas e outros produtos nutricionais e materiais de alto custo e outros que julgar necessários para a execução do contrato, respeitado o protocolo de tratamento da CREDENCIADA.

8.1.7 A execução e controle dos serviços contratados serão avaliados pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados.

9. EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAIS

9.1. O interessado deverá dispor dos seguintes equipamentos e/ou instrumentais para a prestação dos serviços:

9.1.1. Para os serviços contratados a CONTRATADA deve dispor de todos os meios técnicos (materiais e pessoais) para atendimento aos beneficiários com qualidade e segurança:

9.1.1.2 Para a prestação dos serviços médico-hospitalares aos usuários do SISAU, as instituições interessadas no credenciamento deverão comprovar qualificação e condições profissionais, logísticas e materiais básicas e inerentes aos serviços que serão prestados, assim como recursos técnico-especializados mínimos para a realização de assistência multiprofissional, diagnóstico clínico, laboratorial, avaliação complementar, tratamento e reabilitação no intuito de oferecer atendimento eficiente aos beneficiários.

9.1.1.3 As OCS/PSA devem dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda, conforme regulamentação da ANVISA, regulamentação do CFM ou outras regulamentações de Conselhos de Classe. Devem estar disponíveis materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biótipo do paciente.

9.1.1.4 Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente.

9.1.1.5 As instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais devem ser mantidas na OCS/PSA e podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa.

9.1.1.6 Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante.

9.1.1.7 Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso.

10. PRAZO DE VIGÊNCIA DO EDITAL

10.1. O Edital de credenciamento vigorará por prazo indeterminado.

11. HABILITAÇÃO

11.1. As condições para habilitação são aquelas previstas em item específico do Edital.

12. PRAZO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO

12.1. O prazo de vigência do contrato é de 60 (sessenta) meses, nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei nº 8.666, de 1993, e Orientação Normativa AGU nº 38/2011, conforme previsto em item específico do Edital

13. REMUNERAÇÃO E PREÇOS CONTRATUAIS

13.1. A remuneração dos serviços e os preços dos insumos e medicamentos constarão nas TABELAS REFERENCIAIS adotadas e detalhadas no Anexo do Projeto Básico e do Edital.

13.2. Na execução do contrato, o pagamento ao contratado corresponderá aos valores previstos nas TABELAS REFERENCIAIS adotadas pelo Órgão credenciador.

13.3. Caso determinado serviço, insumo ou medicamento não se encontre relacionado nas TABELAS REFERENCIAIS, não poderão ser objeto da contratação.

13.3.1. Nesta hipótese, o Órgão credenciador poderá: a) incluir o novo serviço, insumo ou medicamento no objeto do credenciamento, mediante o procedimento de alteração do Edital e consequente alteração do contrato, ou b) realizar licitação, ou, ainda, c) celebrar a contratação direta, observando-se a Lei nº 8.666, de 1993, de forma a atender as particularidades de cada situação.

14. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

14.1. Os valores serão atualizados conforme previsto em item específico do Edital.

15. PAGAMENTO

- 15.1. O pagamento considerará o período de faturamento mensal.
- 15.2. A cada período de faturamento, o contratado apresentará as faturas correspondentes para verificação dos procedimentos de auditoria e lisura, nos seguintes termos:
- 15.2.1. A fatura discriminará todas as informações pertinentes aos serviços prestados e será acompanhada das guias de encaminhamento e demais documentos necessários para aferição de sua regularidade;
- 15.2.2. A fatura será auditada pelo Setor competente do Órgão credenciador, no prazo máximo de 30 dias, contados da data de apresentação pelo contratado, e será aprovada, se não houver inconformidade com os termos e condições do credenciamento.
- 15.2.3. Se houver inconformidade, o Setor efetuará e justificará as glosas, discriminará os itens e valores correspondentes e comunicará ao contratado, através de relatório detalhado;
- 15.2.4. O contratado poderá apresentar recurso de glosa, no prazo de 30 dias, contados da data da comunicação, a ser decidido no prazo de 30 dias, para definição do valor final da fatura.
- 15.2.5. Se o contratado não apresentar recurso, prevalecerão as glosas efetuadas pelo setor.
- 15.3. Após o procedimento de auditoria e eventual recurso de glosa, o Órgão credenciador autorizará a emissão da nota fiscal no valor final estabelecido pelo setor competente. As Notas Fiscais não poderão ser entregues junto com as faturas.

- 15.3.1. A nota fiscal será emitida pelo contratado com os seguintes dados:

Tomador de Serviço:

GAP-SP – Grupamento de Apoio de São Paulo
CNPJ – 00.394.429/0198-04
Av. Olavo Fontoura, 1300 – Santana – CEP 02012-021
São Paulo – SP

Descrição:

“Tipo de serviço prestado”.
“Período no qual o serviço foi prestado”.
“Valores aproximados de Tributos” – se for isenta deve citar este fato neste campo.
“Dados bancários” – Banco – Conta - Agência

- 15.4. O pagamento será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias corridos, contados do recebimento da nota fiscal.
- 15.4.1. Os pagamentos decorrentes de despesas cujos valores não ultrapassem o limite de que trata o inciso II do artigo 24 da Lei 8.666, de 1993, deverão ser efetuados no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados da data da apresentação da nota fiscal, nos termos do artigo 5º, § 3º, da mesma Lei.
- 15.4.2. Havendo erro ou omissão na apresentação dos documentos pelo contratado, ou outra circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará sobrestado até que o contratado providencie as medidas saneadoras. Nesta hipótese, o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o Órgão credenciador;
- 15.4.3. O pagamento considerará os valores vigentes das TABELAS REFERENCIAIS na data de realização do atendimento.

- 15.4.4. Se os valores das TABELAS REFERENCIAIS forem reajustados após a data de realização do atendimento, porém com efeitos financeiros anteriores à data de realização do atendimento, o pagamento considerará os valores reajustados.
- 15.5. Antes de cada pagamento ao contratado, será realizada consulta ao SICAF ou aos sítios eletrônicos oficiais, para verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no Edital.
- 15.5.1. Constatando-se, junto ao SICAF, a situação de irregularidade do contratado, será providenciada sua advertência, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do órgão credenciador.
- 15.5.2. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o Órgão credenciador deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.
- 15.5.3. Persistindo a irregularidade, o Órgão deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurado ao contratado o contraditório e ampla defesa.
- 15.5.4. Havendo a efetiva execução do objeto, os pagamentos serão realizados normalmente, até que se decida pela rescisão do contrato, caso o contratado não regularize sua situação junto ao SICAF.
- 15.5.5. Somente por motivo de economicidade, segurança nacional ou outro interesse público de alta relevância, devidamente justificado, em qualquer caso, pela máxima autoridade do Órgão, não será rescindido o contrato em execução com o contratado inadimplente no SICAF.
- 15.6. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável, nos termos do item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MPDG nº 5, de 2017, quando couber.
- 15.6.1. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime, observando-se as exceções nele previstas. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na Lei Complementar nº 123, de 2006.
- 15.7. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.
- 15.8. Quando da ocorrência de eventuais atrasos de pagamento provocados exclusivamente pela Administração, o valor devido deverá ser acrescido de atualização financeira, e sua apuração se fará desde a data de seu vencimento até a data do efetivo pagamento, em que os juros de mora serão calculados à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, ou 6% (seis por cento) ao ano, mediante aplicação das seguintes fórmulas:

$$I = (TX/100)/365$$

EM = I x N x VP, onde:

I = Índice de atualização financeira;

TX = Percentual da taxa de juros de mora anual;

EM = Encargos moratórios;

N = Número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = Valor da parcela em atraso.

15.9. O Órgão deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas e/ou indenizações devidas por parte do contratado, desde que precedido de instauração de processo administrativo, com as garantias do contraditório e ampla defesa.

16. REAJUSTE DO CONTRATO

16.1. O reajuste do contrato seguirá o previsto em item específico do Edital.

17. OBRIGAÇÕES DO ÓRGÃO CONTRATANTE

17.1. O Órgão Contratante obriga-se a:

- 17.1.1. Exigir o cumprimento de todas as obrigações assumidas pelo credenciado e contratado, de acordo com as cláusulas contratuais e os termos do Edital de credenciamento e Anexos;
- 17.1.2. Exercer o controle e fiscalização da execução contratual, por servidor especialmente designado, conforme regras previstas neste Projeto Básico;
- 17.1.3. Exercer a fiscalização e auditoria do processamento das despesas médicas, em conformidade com os procedimentos instituídos em sua normatização interna;
- 17.1.4. Notificar o contratado da ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para a sua correção;
- 17.1.5. Pagar ao contratado o valor resultante da prestação dos serviços, no prazo e condições estabelecidas no Edital;
- 17.1.6. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal do contratado, no que couber, em conformidade com o item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP nº 5, de 2017;
- 17.1.7. Fornecer por escrito as informações necessárias para o desenvolvimento dos serviços objeto do contrato;
- 17.1.8. Realizar avaliações periódicas da qualidade dos serviços;

18. OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

18.1. O contratado obriga-se a:

- 18.1.1. Executar os serviços conforme especificações deste Projeto Básico e do Edital de credenciamento e Anexos, com a alocação dos recursos necessários ao perfeito cumprimento das cláusulas contratuais;
- 18.1.2. Reparar, corrigir, remover ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, no prazo fixado pelo fiscal do contrato, os serviços efetuados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou dos materiais empregados;
- 18.1.3. Responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes da execução do objeto, de acordo com os artigos 14 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078, de 1990), bem como a legislação específica aplicável aos serviços médicos, ficando o Órgão credenciador autorizado a descontar, dos pagamentos devidos ao contratado, o valor correspondente aos danos sofridos, mediante o devido processo legal;

- 18.1.4. Responsabilizar-se civil e penalmente pelos danos causados aos pacientes, inclusive por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência;
- 18.1.5. Utilizar pessoal habilitado e com conhecimentos técnicos dos serviços a serem executados, em conformidade com as normas e determinações em vigor;
- 18.1.6. Prestar os serviços com estrita observância às normas da legislação pertinente no âmbito federal, estadual ou municipal, bem como cumprir as determinações dos Poderes Públicos e as recomendações da boa técnica;
- 18.1.7. Responsabilizar-se por todas as obrigações trabalhistas, sociais, previdenciárias, tributárias e as demais previstas em legislação específica, cuja inadimplência não transfere responsabilidade à Administração;
- 18.1.8. Relatar ao órgão toda e qualquer irregularidade verificada no decorrer da prestação dos serviços;
- 18.1.9. Prestar todo esclarecimento ou informação solicitada pelo Órgão Contratante ou por seus prepostos, garantindo-lhes o acesso aos locais dos serviços, bem como aos documentos relativos à execução do contrato;
- 18.1.10. Não permitir a utilização de qualquer trabalho do menor de 16 (dezesesseis) anos, exceto na condição de aprendiz para os maiores de 14 (quatorze) anos; nem permitir a utilização do trabalho do menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre;
- 18.1.11. Não permitir a utilização, na execução dos serviços contratados, de empregado ou profissional que seja familiar de agente público ocupante de cargo em comissão ou função de confiança no Órgão contratante, conforme art. 7º do Decreto nº 7.203, de 2010;
- 18.1.12. Manter durante toda a vigência do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no Edital;
- 18.1.13. Guardar sigilo sobre todas as informações obtidas em decorrência do cumprimento do contrato;
- 18.1.14. Deter instalações, aparelhamento e pessoal técnico adequados e disponíveis para a realização do objeto do contrato;
- 18.1.15. Observar as normas de sustentabilidade socioambiental aplicáveis aos serviços de saúde, em especial:
 - 18.1.15.1. Proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde e daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral, consubstanciada na Norma Regulamentadora NR 32/ABNT;
 - 18.1.15.2. Boas práticas em processamento de produtos de saúde (Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 15/2012 – Anvisa);
 - 18.1.15.3. Gerenciamento de resíduos sólidos e rejeitos, nos termos da Lei nº 12.305, de 2010, e Decreto nº 7.404, de 2010;
 - 18.1.15.4. Destinação ambiental adequada dos resíduos de saúde (Resolução nº 258/2005 – CONAMA; Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 306/2004 – ANVISA e Caderno de Diagnóstico – Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde - Sistema Nacional De Informações Sobre A Gestão Dos Resíduos Sólidos - SINIR);

- 18.1.15.5. Utilização de produtos de acordo com as diretrizes da Anvisa e Inmetro, se existentes.
- 18.1.16. Quanto ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, a contratada deverá obedecer às disposições do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS elaborado pelo órgão, além de obedecer às diretrizes constantes da Lei nº 12.305, de 2010 – Política Nacional de Resíduos Sólidos, Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005 e RDC 222, de 28/03/2018 – ANVISA.
- 18.1.16.1. os resíduos de serviços de saúde devem ser acondicionados atendendo às exigências legais referentes ao meio ambiente, à saúde e à limpeza urbana, e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 7.500:2018, NBR 12807:2013, NBR 12808:2016, NBR 12809:2013, NBR 13853-1:2018 e NBR 9191:2008;
- 18.1.16.2. os resíduos de serviços de saúde devem ser armazenados atendendo às exigências legais referentes ao meio ambiente, à saúde e à limpeza urbana, e às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT NBR12235:1992, NBR 12809:2013, NBR 12810:2016;
- 18.1.16.3. a coleta e o transporte de resíduos de serviços de saúde devem atender às exigências legais e às normas da ABNT – NBR12.810:2016 e NBR14652:2013;
- 18.1.16.4. as estações para transferência de resíduos de serviços de saúde devem estar licenciadas pelo órgão ambiental competente e manter as características originais de acondicionamento, sendo vedada a abertura, rompimento ou transferência do conteúdo de uma embalagem para outra;
- 18.1.16.5. a destinação ambiental dos resíduos de saúde deve observar a lei 12.305/10, legislação e normas ambientais incidentes.
- 18.1.16.6. os resíduos pertencentes ao Grupo A do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal.
- 18.1.16.6.1. De acordo com o art. 46 da RDC nº 222/20108 da ANVISA as culturas e os estoques de microrganismos; os resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os de medicamentos hemoderivados; os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; e os resíduos de laboratórios de manipulação genética devem ser tratados utilizando processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de inativação microbiana (RSS do Grupo A – Subgrupo A1);
- 18.1.16.6.2. As culturas e os estoques de microrganismos, bem como os meios de cultura e os instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas contendo microrganismos das classes de risco 1 e 2 podem ser tratados fora da unidade geradora, desde que este tratamento ocorra nas dependências do serviço de saúde e os das classes de risco 3 e 4 devem ser tratados na unidade geradora. Estes RSS devem ser acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento e após o tratamento, os rejeitos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.f.2) os resíduos pertencentes ao Grupo A1 do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, devem ser submetidos a processo de tratamento que promova redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação e devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde;

- 18.1.16.6.3. As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as regras estabelecidas pelos órgãos ambientais e pelos serviços de saneamento competentes e caso o tratamento venha a ser realizado fora da unidade geradora ou do serviço, estes RSS devem ser acondicionados em saco vermelho e transportados em recipiente rígido, impermeável, resistente à punctura, ruptura, vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e identificado (art. 49 da RDC nº 222/2018);
- 18.1.16.6.4. os resíduos pertencentes ao Grupo A2 do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, devem ser submetidos a processo de tratamento, de acordo com o porte do animal, que promova redução de carga microbiana compatível com nível III de inativação e devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de resíduos dos serviços de saúde, ou para sepultamento em cemitério de animais;
- 18.1.16.6.5. quando houver necessidade de fracionamento de carcaça de animais, este deve ser autorizado previamente pelo órgão de saúde competente;
- 18.1.16.6.6. Os RSS do Grupo A - Subgrupo A2 devem ser tratados antes da disposição final ambientalmente adequada conforme especificam os artigos 50 e 51 da RDC nº 222/2018 da ANVISA.f.5) os resíduos pertencentes ao Grupo A3 do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, quando não houver requisição pelo paciente ou familiares e/ou não tenham mais valor científico ou legal, devem ser encaminhados para sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal, ou para tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim;
- 18.1.16.6.7. na impossibilidade de atendimento de tais destinações, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
- 18.1.16.6.8. A RDC nº 222/2018 estabelece em seu art. 52 que os RSS do Grupo A – Subgrupo A3 devem ser destinados para sepultamento, cremação, incineração ou outra destinação licenciada pelo órgão ambiental competente.
- 18.1.16.6.9. os resíduos pertencentes ao Grupo A4 do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde, a não ser que haja exigência de tratamento prévio por parte dos órgãos ambientais estaduais e municipais. Conforme a RDC nº 222/2018 da ANVISA os RSS do Subgrupo A4 não necessitam de tratamento prévio;
- 18.1.16.6.10. os resíduos pertencentes ao Grupo A5 do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005 e RSS do Grupo A- Subgrupo A5 da RDC nº 222/2018 da ANVISA devem ser submetidos a tratamento térmico por incineração e devem ser segregados e acondicionados em saco vermelho duplo, como barreira de proteção, e contidos em recipiente exclusivo devidamente identificado.
- 18.1.16.7. os resíduos pertencentes ao Grupo B do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, com características de periculosidade, conforme Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos – FISPQ, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento e disposição final específicos.

- 18.1.16.8. O gerenciamento dos RSS do Grupo B deve observar a periculosidade das substâncias presentes, decorrentes das características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. (art. 56 da RDC nº 222/2018 da ANVISA);
- 18.1.16.9. os resíduos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.
- 18.1.16.10. os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição final em aterros.
- 18.1.16.11. os resíduos sem características de periculosidade não necessitam de tratamento prévio e podem ter disposição final em aterro licenciado, quando no estado sólido, ou ser lançados em corpo receptor ou na rede pública de esgoto, quando no estado líquido, desde que atendam as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.
- 18.1.16.12. Resíduos de medicamentos, acondicionamento de RSS do Grupo B, excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos, resíduos de produtos e insumos farmacêuticos e RSS sólidos contendo metais pesados possuem disciplina específica a ser seguida nos artigos 59 a 71 da RDC nº 222/2018 da ANVISA.
- 18.1.16.13. os rejeitos radioativos devem obedecer às exigências definidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN.
- 18.1.16.14. Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com o radionuclídeo ou natureza da radiação, estado físico, concentração e taxa de exposição de acordo com o art. 72 da RDC nº 222/2018 da ANVISA.
- 18.1.16.15. os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.
- 18.1.16.16. os rejeitos radioativos, quando atingido o limite de eliminação, passam a ser considerados resíduos das categorias biológica, química ou de resíduo comum, devendo seguir as determinações do grupo ao qual pertencem.
- 18.1.16.17. Os rejeitos radioativos devem ser armazenados e descartados conforme o disposto nos artigos 72 a 79 da RDC nº 222/2018.i) os resíduos pertencentes ao Grupo D Do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, quando não forem passíveis de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente.
- 18.1.16.18. Os RSS do Grupo D, na forma do art. 80 da RDC nº 222/2018 da ANVISA, quando não encaminhados para reutilização, recuperação, reciclagem, compostagem, logística reversa ou aproveitamento energético, devem ser classificados como rejeitos.
- 18.1.16.19. quando tais resíduos forem passíveis de processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem atender as normas legais de higienização e descontaminação e a Resolução CONAMA nº 275, de 25/04/2001.
- 18.1.16.20. Os rejeitos sólidos de RSS do Grupo D devem ser dispostos conforme as normas ambientais vigentes e os efluentes líquidos podem ser lançados em rede coletora de esgotos.
- 18.1.16.21. O lançamento de rejeitos líquidos em rede coletora de esgotos, conectada à estação de tratamento, deve atender às normas ambientais e às diretrizes do serviço de saneamento. Quando não houver acesso à sistema de coleta e tratamento de esgoto por empresa de saneamento, estes efluentes devem ser tratados em sistema ambientalmente licenciado antes do lançamento em corpo receptor.
- 18.1.16.22. Artigos e materiais utilizados na área de trabalho, incluindo vestimentas e Equipamento de Proteção Individual (EPI), desde que não apresentem sinais ou suspeita de contaminação química, biológica ou radiológica, podem ter seu manejo realizado como RSS do Grupo D.
- 18.1.16.23. Os procedimentos de segregação, acondicionamento e identificação dos coletores dos resíduos do Grupo D, para fins de reciclagem, devem estar descritos no PGRSS.
- 18.1.16.24. Só podem ser destinados para compostagem forrações de animais de biotérios que não tenham risco biológico associado, os resíduos de flores, podas de árvores,

jardinagem, sobras de alimentos e de seu pré-preparo, restos alimentares de refeitórios e restos alimentares de pacientes que não estejam em isolamento.

- 18.1.16.25. Os restos e sobras de alimentos só podem ser utilizados como ração animal, se forem submetidos a processo que garanta a inocuidade do composto, com a concordância do órgão competente do Ministério da Agricultura e de Vigilância Sanitária.
- 18.1.16.26. os resíduos pertencentes ao Grupo E do Anexo I da Resolução CONAMA nº 358, de 29/04/2005, devem ser apresentados para coleta acondicionados em coletores estanques, rígidos e hígidos, resistentes à ruptura, à punctura, ao corte ou à escarificação, de acordo com a ABNT NBR 13853-1:2018, e ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.
- 18.1.16.27. Conforme o art. 86 da RDC nº 222/2018, os materiais perfurocortantes devem ser descartados em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento.
- 18.1.16.28. os resíduos com contaminação radiológica devem seguir as orientações relativas aos resíduos do Grupo C.
- 18.1.16.29. os resíduos que contenham medicamentos citostáticos ou antineoplásicos devem seguir as orientações relativas aos resíduos do Grupo B com características de periculosidade.
- 18.1.16.30. As seringas e agulhas, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de doadores e de pacientes, e os demais materiais perfurocortantes que não apresentem risco químico, biológico ou radiológico não necessitam de tratamento prévio à disposição final ambientalmente adequada. É permitida a separação do conjunto seringa agulha com auxílio de dispositivos de segurança, sendo vedada a desconexão e o reencepe manual de agulhas.
- 18.1.16.31. A RDC nº 222/2018 da ANVISA (artigos 90 e 91) estabelece medidas de segurança ocupacional para os serviços que geram RSS. Os serviços devem garantir que os trabalhadores sejam avaliados periodicamente, seguindo a legislação específica, em relação à saúde ocupacional, mantendo registros desta avaliação, bem como manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemple os temas que indica.

18.1.17. Além das Normas já citadas, a Contratada deve observar, ainda, todas as orientações voltadas ao enfrentamento de COVID 19, dentre elas:

- 18.1.17.1. Nota Técnica 51/2020 - COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA: Desinfecção de pessoas em ambientes públicos e hospitalares durante a pandemia de Covid 19.
- 18.1.17.2. Nota Técnica 34/2020 - COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA: recomendações e alertas sobre procedimentos de desinfecção em locais públicos realizados durante a pandemia da Covid-19.
- 18.1.17.3. Nota Técnica 26/2020 - COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA: recomendações sobre produtos saneantes que possam substituir o álcool 70% na desinfecção de superfícies, durante a pandemia da Covid-19.
- 18.1.17.4. RDC 380/2020: altera o art. 1º da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 364/2020.
- 18.1.17.5. RDC 351/2020: enquadrando a hidroxicloroquina e a cloroquina como medicamentos de controle especial.
- 18.1.17.6. Nota Informativa 5/2020 - DAF/SCTIE/MS: uso da cloroquina como terapia adjuvante no tratamento de formas graves do Covid-19.
- 18.1.17.7. Medida Provisória nº 927, de 22.3.2020: Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências.

- 18.1.17.8. Medida Provisória nº 926, de 20.3.2020: Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para dispor sobre procedimentos para aquisição de bens, serviços e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus.

19. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO

- 19.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços e da alocação dos recursos necessários, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, devendo ser exercidos por um ou mais representantes do Órgão contratante, especialmente designados, na forma do artigo 67 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 19.1.1. O fiscal deverá ter a experiência necessária para o acompanhamento e controle da execução dos serviços e do contrato.
- 19.2. A execução dos contratos deverá ser acompanhada e fiscalizada por meio de instrumentos de controle que compreendam a mensuração dos seguintes aspectos, conforme o caso:
- 19.2.1. os resultados alcançados em relação ao contratado, com a verificação dos prazos de execução e da qualidade demandada;
- 19.2.2. os recursos humanos empregados em função da quantidade e da formação profissional exigidas;
- 19.2.3. a qualidade e quantidade dos recursos materiais utilizados;
- 19.2.4. a adequação dos serviços prestados à rotina de execução estabelecida;
- 19.2.5. o cumprimento das demais obrigações decorrentes do contrato; e
- 19.2.6. a satisfação do público usuário.
- 19.3. O fiscal anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando a data e as circunstâncias, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados e/ou encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.
- 19.4. Durante a execução do objeto, o fiscal deverá monitorar constantemente o nível de qualidade dos serviços para evitar a sua degeneração, devendo intervir para solicitar ao contratado a correção das faltas, falhas e irregularidades constatadas.
- 19.5. O fiscal deverá apresentar ao contratado a avaliação da execução do objeto ou, se for o caso, a avaliação de desempenho e qualidade da prestação dos serviços realizada.
- 19.5.1. O contratado poderá apresentar justificativa para a prestação do serviço com menor nível de conformidade, que poderá ser aceita pelo fiscal, desde que comprovada a excepcionalidade da ocorrência, resultante exclusivamente de fatores imprevisíveis e alheios ao controle do prestador.
- 19.5.2. Na hipótese de comportamento contínuo de desconformidade da prestação do serviço em relação à qualidade exigida, bem como quando esta ultrapassar os níveis toleráveis previstos, devem ser aplicadas as sanções ao contratado de acordo com as regras previstas no Edital.

- 19.6. O fiscal poderá realizar a avaliação diária, semanal ou mensal, desde que o período escolhido seja suficiente para avaliar ou, se for o caso, aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços.
- 19.7. A conformidade do material a ser utilizado na execução dos serviços deverá ser verificada juntamente com o documento do contratado que contenha sua relação detalhada, de acordo com o estabelecido neste edital e seus anexos, informando as respectivas quantidades e especificações técnicas, tais como: marca, qualidade e forma de uso.
- 19.8. A qualquer tempo, o Órgão contratante poderá realizar inspeção nas instalações do contratado para verificação das condições de atendimento, de higiene, de equipamentos e de capacidade técnico-operativa, ou para fins de auditoria.
- 19.9. O descumprimento total ou parcial das demais obrigações e responsabilidades assumidas pelo contratado ensejará a aplicação de sanções administrativas, previstas neste edital e na legislação vigente, podendo culminar em rescisão contratual, conforme disposto nos artigos 77 e 80 da Lei nº 8.666, de 1993.
- 19.10. A fiscalização de que trata esta cláusula não exclui nem reduz a responsabilidade do contratado, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas, vícios redibitórios, ou emprego de material inadequado ou de qualidade inferior e, na ocorrência desta, não implica em corresponsabilidade do Órgão ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o artigo 70 da Lei nº 8.666, de 1993.

20. MEDIDAS ACAUTELADORAS

- 20.1. Consoante o artigo 45 da Lei nº 9.784, de 1999, a Administração Pública poderá, sem a prévia manifestação do interessado, motivadamente, adotar providências acauteladoras, inclusive retendo o pagamento, em caso de risco iminente, como forma de prevenir a ocorrência de dano de difícil ou impossível reparação.

21. SANÇÕES

- 21.1. Pelo atraso injustificado na execução das obrigações decorrentes do contrato, conforme artigo 86 da Lei nº 8.666, de 1993, o contratado estará sujeito às seguintes multas:
- 21.1.1. Multa moratória, calculada no percentual de 0,015% sobre o valor do serviço em mora, por dia de atraso até o limite de 30 (trinta) dias;
- 21.1.1.1. A multa do subitem anterior será acrescida de 0,02% ao dia, incidente a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia de atraso, sobre o valor do serviço em mora, até o limite de 60 (sessenta) dias;
- 21.1.1.2. A aplicação das multas não impede que o contratante rescinda unilateralmente o contrato e aplique as demais sanções previstas neste Edital.
- 21.2. O descumprimento das obrigações contratuais, inclusive sua inexecução, total ou parcial, e/ou das condições previstas neste Edital, sujeitará o contratado, conforme o artigo 87 da Lei nº 8.666, de 1993, às seguintes penalidades:
- 21.2.1. Advertência por faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretem prejuízos significativos para o contratante;
- 21.2.2. Multa de até 10,0 % (dez por cento) sobre o valor correspondente ao(s) serviço(s), caracterizada a inexecução parcial, de forma proporcional à obrigação inadimplida;

- 21.2.3. Multa de até 5,0% (cinco por cento) sobre o valor total contratado, em caso de inexecução total da obrigação assumida, sem prejuízo da cobrança de multa moratória nos termos previstos neste edital;
- 21.2.4. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com o Órgão contratante por prazo não superior a 2 (dois) anos; e
- 21.2.5. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida sua reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a ser concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no subitem anterior.
- 21.3. Também fica sujeito às penalidades do artigo 87, incisos III e IV da Lei nº 8.666, de 1993, o contratado que, em razão do contrato administrativo:
- 21.3.1. Tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;
- 21.3.2. Tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos do credenciamento;
- 21.3.3. Demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Administração em virtude de atos ilícitos praticados.
- 21.4. As sanções de multas poderão ser aplicadas juntamente com as demais sanções.
- 21.5. A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa ao contratado, observando-se o procedimento previsto na Lei nº 8.666, de 1993, e subsidiariamente a Lei nº 9.784, de 1999.
- 21.6. A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.
- 21.7. As multas devidas e/ou prejuízos causados ao contratante serão deduzidos dos valores a serem pagos, recolhidos em favor da União, ou inscritos na Dívida Ativa da União e cobrados judicialmente.

Data conforme assinatura digital.

JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO Maj Med Ort
Chefe da Subdivisão de Auditoria Técnica

SIDNEY DIONÍSIO TOLEDO Cel Med GOB
Ordenador de Despesas



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

ANEXO II

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CRENCIAMENTO DE ORGANIZAÇÕES CIVIS DE SAÚDE (OCS) E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA) PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

TERMO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS N.º / , QUE FAZEM ENTRE SI A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DO COMANDO DA AERONÁUTICA, E A PESSOA JURÍDICA/FÍSICA .

A União, por intermédio do HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO, com sede na Avenida Olavo Fontoura, n.º 1400, na cidade de São Paulo / Estado São Paulo, inscrito no CNPJ sob o n.º 00.394.429/106-88, neste ato representado pelo Sr. SIDNEY DIONISIO TOLEDO Cel Med GOB, nomeado pela Portaria n.º 1.337/GC1, de 11 de setembro de 2017, publicada no DOU de 12 de setembro de 2017, inscrito(a) no CPF n.º 592.483.276-72, portador(a) da Carteira de Identidade n.º M3052729 – SSP/MG, doravante denominada CONTRATANTE, e o(a) , inscrito(a) no (CPF/CNPJ) n.º , com sede no(a) , na cidade de / Estado , doravante denominado CONTRATADO, neste ato representado pelo(a) Sr(a). , inscrito(a) no CPF n.º , portador(a) da Carteira de Identidade n.º , tendo em vista o que consta no Processo n.º e em observância às disposições da Lei n.º 8.666, de 1993, Lei n.º 6.880, de 1980, Decreto n.º 92.512, de 1986, Instrução Normativa SEGES/MPDG n.º 5, de 2017, e demais normas aplicáveis, resolvem celebrar o presente Termo de Contrato, decorrente do Edital de Credenciamento n.º / , mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

- 1.1. O objeto do presente instrumento é a contratação de serviços de assistência médico-hospitalar, aos militares e dependentes que tiverem direito à assistência médico-hospitalar, nos termos da Lei n.º 6.880, de 1980, e respectiva regulamentação, que serão prestados nas condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, Projeto Básico e demais Anexos.
- 1.2. Este Termo de Contrato vincula-se ao Edital do Credenciamento e Anexos, independentemente de transcrição.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da União, para o exercício de corrente, na classificação abaixo:

2.1.1 Programa 2018 (Programa de Gestão e manutenção do Ministério da Defesa), Ação Orçamentária 2004 (Assistência Médica e Odontológica aos Servidores Civis, Empregados, Militares e seus Dependentes), Fontes 0100000000, 0250120350, 0250120550, natureza de despesa 3.3.90.39.00 (Pessoa Jurídica) e 3.3.90.36.00 (Pessoa Física).

2.2. No(s) exercício(s) seguinte(s), correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita no início de cada exercício financeiro.

3. CLÁUSULA TERCEIRA – VIGÊNCIA

3.1. O prazo de vigência do contrato é de **60 (sessenta) meses**, com início na data de / / e encerramento em / / , nos termos do inciso II do artigo 57 da Lei n.º 8.666, de 1993, e Orientação Normativa AGU n.º 38/2011.

4. CLÁUSULA QUARTA – ALTERAÇÕES DO CONTRATO

4.1. As condições de alteração do contrato encontram-se definidas no Edital.

5. CLÁUSULA QUINTA – VALOR DO CONTRATO

5.1. O valor total da contratação é de R\$ ().

5.2. No valor acima estão incluídas todas as despesas ordinárias diretas e indiretas decorrentes da execução do objeto, inclusive tributos e/ou impostos, encargos sociais, trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais incidentes, taxa de administração, frete, seguro e outros necessários ao cumprimento integral do objeto da contratação.

5.3. O valor acima é meramente estimativo e não representa qualquer compromisso ou garantia de faturamento. Os pagamentos devidos ao Contratado dependerão dos quantitativos de serviços e fornecimentos efetivamente prestados e executados.

6. CLÁUSULA SEXTA – REMUNERAÇÃO E PREÇOS CONTRATUAIS

6.1. A remuneração dos serviços e os preços dos insumos e medicamentos constarão nas TABELAS REFERENCIAIS adotadas pelo Órgão credenciador e reproduzidas no Anexo deste Contrato.

7. CLÁUSULA SÉTIMA – PAGAMENTO

7.1. As condições de pagamento encontram-se definidas no Edital.

8. CLÁUSULA OITAVA – REAJUSTE

8.1. As condições de reajuste encontram-se definidas no Edital.

9. CLÁUSULA NONA – CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO

9.1. Os procedimentos de controle e fiscalização da execução contratual encontram-se definidos no Projeto Básico.

10. CLÁUSULA DÉCIMA – OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE E DO CONTRATADO

10.1. As obrigações do Órgão Contratante e do Contratado encontram-se definidas no Projeto Básico.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

11.1. As sanções relacionadas à execução do contrato encontram-se definidas no Edital.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – RESCISÃO

12.1. As condições de rescisão encontram-se definidas no Edital.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – VEDAÇÕES

13.1. É vedado ao Contratado:

13.1.1. caucionar ou utilizar este Termo de Contrato para qualquer operação financeira;

13.1.2. interromper a execução dos serviços sob alegação de inadimplemento por parte do Contratante, salvo nos casos previstos em lei.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – CASOS OMISSOS

14.1. Os casos omissos serão dirimidos pelo Contratante com base nas disposições da Lei n.º 8.666, de 1993, e demais diplomas legais eventualmente aplicáveis.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – PUBLICAÇÃO

15.1. Fica dispensada a publicação do extrato do presente contrato, conforme Orientação Normativa AGU n.º 33/2011.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – FORO

16.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente contrato será o da Seção Judiciária de São Paulo - Justiça Federal, com exclusão de qualquer outro.

Para firmeza e validade do pactuado, o presente Termo de Contrato foi lavrado em duas (duas) vias de igual teor, que, depois de lido e achado em ordem, vai assinado pelos contraentes e por duas testemunhas.

, de de .

CONTRATANTE:

CONTRATADO:

TESTEMUNHA 1:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHA 2:

Nome:

CPF:



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

ANEXO III

INSTRUÇÕES GERAIS

**1. Conforme Ordem Técnica nº 07/DIRSA/2017, DE 27 DE ABRIL DE 2017.
Protocolos Técnicos para Auditoria Prospectiva em Saúde**

1.1. Em caso de retorno de consulta ambulatorial, inclusive para entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico, não será autorizada 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.

1.2. A consulta de oftalmologia padrão incluirá: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

1.3. Nos casos de internação clínica, os honorários médicos da visita serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade de mais de uma visita por dia, deverá ser solicitado, ao prestador de serviço, relatório detalhado com justificativa para esta autorização. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deverá solicitar e justificar a avaliação e o parecer, e/ou o acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código adicional de visita hospitalar.

1.4. Nos casos de internação cirúrgica, a autorização para cada procedimento cirúrgico inclui os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo e devidamente justificada a prorrogação do tempo de internação, os honorários médicos serão pagos por dia de internação, equivalentes a uma visita hospitalar diária. Havendo necessidade do parecer de profissional de outra especialidade, o médico assistente deverá solicitar e justificar a avaliação e o parecer, e/ou o acompanhamento do especialista, o qual será autorizado com código adicional de visita hospitalar.

1.5. Não são passíveis de cobertura:

- a) acomodações acima do padrão previsto em contrato/termo de credenciamento;
- b) acupuntura, RPG, Pilates, hidroterapia e terapias alternativas;
- c) cirurgia plástica estética, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia plástica estética;
- d) cirurgia refrativa, assim como os procedimentos pré-operatórios, os necessários a seu seguimento e/ou os procedimentos considerados parte integrante da cirurgia refrativa;
- e) métodos de reprodução humana assistida, assim como os procedimentos necessários a sua execução, acompanhamento e/ou considerados parte integrante do método de reprodução assistida;
- f) despesas com acompanhantes;
- g) despesas não relacionadas com o tratamento especificamente autorizado pela OC;
- h) quaisquer procedimentos ou tratamentos de complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos pelo FUNSA;
- i) exames admissionais e inspeções de saúde que não sejam de interesse da administração;
- j) exames ou tratamentos realizados em entidades não autorizadas, sem prévia indicação da OC (exceto em casos de comprovada urgência, após análise da OC);
- k) medicamentos de uso ambulatorial, exceto quando previsto em legislação do COMAER;
- l) óculos (lentes e armações) e lentes de contato;
- m) próteses e órteses com finalidade estética;
- n) próteses e órteses cuja colocação não exija a realização de procedimento cirúrgico;
- o) sessões, entrevistas ou consultas psicoterápicas e psicanalíticas, terapia de grupo e similares, quando não enquadrados nos casos previstos no Anexo A desta Ordem Técnica;
- p) trabalhos odontológicos com finalidade estética;
- q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;
- r) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- s) exames e outros procedimentos que visem à pesquisa científica;
- t) tratamentos esclerosantes de varizes;
- u) procedimentos de controle de natalidade (cirúrgicos ou não), exceto quando houver indicação clínica formal (risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos), e;
- v) imunizações contra doenças infecciosas ou alérgicas (vacinas).

2. Conforme CBHPM

2.1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1.1. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

2.1.1.1. No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

2.1.1.2. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;

2.1.1.3. Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

2.2. NORMAS GERAIS

2.2.1. Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as visitas hospitalares (código 1.01.02.01-9), ou para as consultas em consultório (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

2.2.2. Procedimento por vídeo

a) Os procedimentos cirúrgicos realizados por Vídeo têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Estes portes estão sujeitos ao item 6 destas Instruções.

b) Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não se aplica o disposto no item 6 destas Instruções.

2.3. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

2.3.1. Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

2.3.2. Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

2.3.3. Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

2.3.4. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

2.3.5. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

2.3.6. Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

2.4. AUXILIARES DE CIRURGIA

2.4.1. A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

2.4.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

2.5. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

2.5.1. Quando o paciente voluntariamente internar-se em ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES, diferentes das previstas no item 1.5 das Instruções da CBHPM e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 6.2 da CBHPM.

2.5.2. Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5 da CBHPM, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “hospital-dia” ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.

2.5.3. Eventuais acordos operacionais entre operadoras de serviços de saúde e hospitais não podem diminuir a quantificação dos portes estabelecidos para equipe médica, observados os itens 6.1 e 6.2 da CBHPM.

3. DOS ITENS E DOS PREÇOS

3.1 Para fim de codificação este contrato utilizará a TUSS (Terminologia Unificada da Saúde Suplementar) e a CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), edição mais atual.

3.2 A CREDENCIANTE obriga-se ao pagamento dos serviços prestados, adotando as tabelas de preços descritas nos Anexos IV, V, e VI deste Edital, cujos descritores e valores foram referenciados nas tabelas usuais do mercado de saúde suplementar, e os valores definidos a partir de pesquisa de preços praticados em saúde na praça de São Paulo.

3.3 Os valores das TABELAS REFERENCIAIS do Edital poderão ser reajustados, observando-se o interregno mínimo de 1 (um) ano, contado a partir da data-base, conforme a disciplina dos artigos 2º e 3º da Lei nº 10.192, de 2001.

3.3.1 Para as tabelas oficiais de entidades médicas, a data-base é aquela estipulada na própria tabela pela respectiva entidade.

3.3.2 Para as tabelas de valores pesquisados no mercado especializado (orçamento próprio), a data-base é a data de publicação do aviso de Edital no Diário Oficial da União.

3.3.3 Para os reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno de 1 (um) ano será contado a partir da data dos efeitos financeiros do reajuste anterior.

3.3.4 O reajuste dos valores das TABELAS REFERENCIAIS será publicado no Diário Oficial da União, nos jornais de grande circulação, bem como, se possível, no sítio eletrônico do Órgão credenciador.

3.3.5 para os valores das TABELAS REFERENCIAIS que não possuírem critério próprio de reajuste, será adotado como referência o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

3.4 FILMES RADIOLÓGICOS

3.4.1 Para os SADT em que seja necessário o uso de filme radiológico, adota-se, para o cálculo do valor, a tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia vigente na época do atendimento.

3.4.2 Para os exames valorados por pacote já estão incluídos os valores do filme radiológico.

3.5 MEDICAMENTOS

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

3.5.2 Os medicamentos serão pagos conforme 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.

- 3.5.3** Para medicamentos (dose individual ou período de tratamento) cujo somatório apresente um valor mínimo de R\$ 1.000,00 (um mil reais) será necessária pré-regulação da CREDENCIANTE.
- 3.5.4** Os valores dos medicamentos serão remunerados conforme a Tabela BRASINDICE, preço de fábrica (PF), vigente na data do atendimento.
- 3.5.5** Medicamentos de uso restrito hospitalar serão remunerados conforme a Tabela BRASINDICE, preço de fábrica (PF), acrescidos de 20% (vinte por cento), a título de remuneração pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos.
- 3.5.6** Não serão aceitos insumos que não tenham registro na ANVISA ou cuja utilização ainda seja de caráter experimental.
- 3.5.7** Os medicamentos utilizados no atendimento aos beneficiários, que não constarem do Guia Farmacêutico BRASINDICE, deverão ter seu preço comprovado por nota fiscal de aquisição, respeitando sempre o valor médio praticado no mercado e, com a necessidade de utilização justificada em prontuário.
- 3.5.8** Às CREDENCIADAS contratadas, especializadas em oncologia, que mantenham em depósito, por meio de infraestrutura peculiar e especializada, medicamentos quimioterápicos, bem como se valham de profissionais devidamente qualificados para preparar, manipular, transportar e descartar tais medicamentos, tudo em conformidade com as exigências da RDC n.º 220 – ANVISA, de 21 de setembro de 2004, será devido um valor específico referente à mencionada prestação de serviços, a serem remunerados na base de 15% (quinze por cento) dos preços dos medicamentos efetivamente utilizados.

3.6 DIETAS ENTERAIS E SUPRIMENTOS

- 3.6.1** Nos casos de atenção domiciliar, dietas enterais e suplementos nutricionais, via de regra, serão fornecidas pela CREDENCIANTE, sem o pagamento a título de taxa de comercialização.

3.7 OPME

- 3.7.1** Na solicitação de OPME (órteses, próteses e materiais especiais), a CREDENCIADA deverá apresentar à CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios da CREDENCIADA, que serão submetidos à auditoria prévia.

3.7.2 A partir de um valor mínimo de soma de itens de OPME em um mesmo procedimento equivalente a R\$ 1.000,00 (um mil reais), o(s) item(s) de OPME será(ão) objeto de pré-regulação pela CREDENCIANTE.

3.7.3 Caso a soma de itens de OPME em um mesmo procedimento seja inferior a R\$ 999,99 (novecentos e noventa e nove reais e noventa e nove centavos), não será necessária a pré-regulação do(s) item(s) de OPME pela CREDENCIANTE.

3.7.4 Para comprovação do valor do OPME, a Nota Fiscal emitida em nome do paciente pelo fornecedor do OPME e as etiquetas/embalagens dos produtos deverão estar anexadas à fatura hospitalar, por ocasião de sua apresentação.

3.8 EXCLUSÃO DE COBERTURA

3.8.1 Não há cobertura contratual para:

- Despesas com acompanhante;
- Material de higiene pessoal;
- Equipamento de Proteção individual / Paramentação (inclusos nas taxas e diárias);
- Pomadas, cremes de uso preventivo, cremes hidratantes;

3.9 DIÁRIAS

3.9.1 A diária corresponde a um período de 24 horas que, inicia-se às 12:00h e termina às 11:59h do dia subsequente.

3.9.2 Será considerada internação se o período de permanência for superior a 12 horas, exceto em caso de óbito ou transferência, nos quais a CREDENCIADA fará jus à remuneração de uma diária mesmo em períodos inferiores a 12 horas de permanência.

3.9.3 O período, para pagamento de diária, inicia-se a partir da primeira 12:00h do dia que a internação deu início ou do dia subsequente.

3.10 NOVOS PACOTES E PROCEDIMENTOS

3.10.1 A qualquer momento, desde que acordado entre as partes, poderá ser estabelecido novo pacote 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.

3.10.2 A qualquer momento desde que acordado entre as partes, pode ser adicionado um novo procedimento a este contrato. Sua valoração será feita com base em ampla pesquisa de mercado.

3.10.3 Caso seja estabelecido um novo pacote ou procedimento, este deve ser estendido aos demais CREDENCIADOS.

3.11 HONORÁRIOS

3.11.1 Para honorários de procedimentos médicos classificados nos capítulos 1, 2 e 3 da tabela CBHPM, será adotada, como valor máximo, a tabela CBHPM, ano 2018, com UCO de R\$ 14,33.

3.11.2 Para honorários de procedimentos médicos classificados no capítulo 4 da tabela CBHPM, será adotada, como valor máximo, a tabela CBHPM, ano 2018, com UCO de R\$ 14,33.

3.11.3 Para fins de valoração do porte será considerado o Comunicado Oficial 2012, cujos valores estão discriminados abaixo:

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

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

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

3.11.4 Quando algum procedimento realizado não constar na Tabela CBHPM 2018, mas tiver sido incluído em alguma edição posterior, deverá ser considerado para pagamento nos parâmetros estabelecidos na Tabela utilizando-se os valores estabelecidos neste contrato nos itens 3.11.1, 3.11.2 e 3.11.3.

3.11.5 A vinculação dos preços dos procedimentos médicos à Tabela CBHPM, adotada na prioridade aqui estabelecida, vincula também todas as regras estabelecidas na referida Tabela. Não seguem esta regra os procedimentos adotados como pacote neste contrato.

3.12 MATERIAIS

3.12.1 Os valores dos materiais descartáveis devem ser fixados no parâmetro de 100% da Tabela SIMPRO (atualizada), adotando-se subsidiariamente a tabela BRASINDICE para materiais não constantes da primeira, sendo vedada qualquer sobretaxa em relação à tabela

adotada, a título de margem de comercialização, conforme decisão 656/95 do plenário do TCU.

- 3.12.2** Para os materiais utilizados nos atendimentos aos beneficiários, que não constarem da tabela SIMPRO Hospitalar, seu preço deverá ser comprovado por nota fiscal de aquisição, respeitando sempre o valor médio praticado no mercado, bem como a necessidade de seu emprego deve ser devidamente justificada pela CREDENCIADA.

4 COMPOSIÇÃO

4.1 Composição de Diárias/Taxas Hospitalares

A diária é composta dos itens considerados como parte integrante do valor pago por dia de internação.

Os serviços e cuidados de enfermagem englobam os procedimentos e assistência de enfermagem ao paciente realizados pela equipe de enfermagem, constituindo parte da diária.

O porte da taxa da sala é dado pela classificação do porte anestésico constante na Tabela da CBHPM.

4.2 Composição das Diárias de Enfermaria, Quarto, Apartamento, Suíte, Isolamento e Berçário, Hospital-Dia até 12 horas de internação, Diária Normal com mais de 12 horas de internação

- Leito próprio (cama/berço qualquer tipo ou modelo)
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante
- Rouparia permanente e descartável
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto Dietas Enterais Industrializadas e Suplementos Alimentares
- Conjunto de nebulização (nebulizador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Cortador de frascos de soro e Transofix (dispositivo para desprezar soro)
- Cânula de Guedel, qualquer tipo ou modelo
- Tubo de silicone, qualquer tipo ou modelo
- Soluções para assepsia e antissepsia
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade NR 6, NR 9, NR 32)
- Cuidados de Enfermagem como:
 - Administração de medicamentos por todas as vias
 - Preparo instalação e manutenção de venoclise e aparelhos
 - Controle de sinais vitais
 - Controle de diurese, drenos, aspiração contínua e balanço hídrico, entre outros
 - Curativos
 - Sondagens
 - Aspirações, inalações
 - Mudança de decúbito

- Locomoção do paciente
- Preparo do paciente para procedimentos médicos de qualquer tipo (exemplos: enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico)
- Cuidados e higiene pessoal do paciente (está incluído o material utilizado)
- Orientação nutricional no momento da alta
- Transporte do paciente para realização de exames intra-hospitalar
- Prescrição/Anotação de Enfermagem

4.3 Composição das Diárias de Unidade de Terapia Intensiva - UTI/Unidade de Terapia Semi-Intensiva - UTI (Adulto E Pediátrica) e UTI Neonatal

Incluso todos os itens que Compõem as Diárias/Taxas Hospitalares item 4.2 acrescidos de:

- Equipamentos - todas as depreciações e insumos necessários ao seu Funcionamento
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório
- Carrinho de anestesia
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo
- Monitorização contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, temperatura, Pressão Intracraniana)
- Gerador de marca-passo (provisório)
- Incubadora/berço aquecido de qualquer tipo ou modelo
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo)
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propé)
- Marcador cirúrgico qualquer tipo ou modelo; •Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação
- Kits-bandejas descartáveis

4.4 Composição da Taxa de Sala de Centro Cirúrgico (CC) baseados no Porte Anestésico – Sala Cirúrgica – Porte 0 a 8 e Taxa de Sala de Pequena Cirurgia

- Espaço físico
- Mesa operatória
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propé)
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade

- Instrumental básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade
- Instrumentador
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório
- Carrinho de anestesia
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo
- Monitorização contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana)
- Gerador de marca-passo (provisório)
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo)
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável
- Marcador cirúrgico, qualquer tipo ou modelo
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação
- Conjunto de nebulização (nebulizador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não
- Cortador de frascos de soro (Transofix)
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo
- Tubo de silicone, qualquer tipo ou modelo
- Kits-bandejas descartáveis
- Soluções para antisepsia e assepsia
- Todos os Cuidados de Enfermagem incluso no item 4.2 mais Cuidados Específicos no Centro Cirúrgico
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade NR 6, NR 9, NR 32)
- Se paga 02 Compressas Cirúrgicas (Campo Operatório) para Cirurgias de Pequeno Porte, 04 para cirurgia de Médio Porte e até 06 para Cirurgias de Grande Porte

4.5 Composição da Taxa de Centro Obstétrico

Incluso todos os itens que compõem as Diárias/Taxas Hospitalares constantes do item anterior, acrescidos de:

- Leito próprio (cama/berço qualquer tipo ou modelo)
- Kit mesa de reanimação para RN
- Cuidados e limpeza de RN

4.6 Composição da Taxa de Sala de Procedimento em Ambulatório e Pronto Socorro

Todos os itens que compõem o item 4.4

4.7 Composição da Taxa de Sala de Observação/Repouso (De 02 a 06 horas)

Compreende o período entre a solicitação e o término da Observação Médica, em Sala de Repouso, com ambiente apropriado, sendo necessárias as devidas anotações:

- relatório médico, anotação de enfermagem e registro de internação

O período inferior à 2h não será pago e o período superior à 12h será considerado internação

Incluso todos os itens que compõem as Diárias/Taxas Hospitalares do Item 4.2. São de extrema importância as devidas anotações:

- Relatório Médico justificando a necessidade da observação
- Anotação de Enfermagem (com registro de sinais vitais e cuidados de enfermagem)
- Registro de Internação e Alta Hospitalar (com respectivo horário)

A taxa de leito de observação não será aplicada quando:

- Houver somente a consulta médica
- Para os procedimentos de enfermagem ambulatoriais (Ex: troca de sondas, curativos, aplicação de medicamentos entre outros)
- Não apresentar justificativa, horário, data, assinatura e carimbo com a letra do médico assistente do paciente

4.8 Taxa de Refeição para Acompanhantes

Referente ao pagamento de 02 (duas) refeições diárias para o acompanhante dos beneficiários menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 60 (sessenta) anos. Quando o beneficiário pertencer a grupo fora desta faixa etária, apresentar necessidade da presença de um cuidador por período de 24 horas deverá constar justificativa médica ou da equipe multidisciplinar, para análise prévia e liberação pelo Serviço de Auditoria Médica.

A taxa será paga mediante autorização prévia da CREDENCIANTE e deverá constar, na conta médica, a comprovação do recebimento diário da refeição, em impresso próprio com assinatura do acompanhante.

4.9 Gasoterapia

Refere-se ao pagamento pelo uso de gases medicinais conforme a tabela abaixo:

Gás medicinal	Pagamento
Oxigênio Sob Respirador Adulto UTI Adulto Centro Cirúrgico	A cada 01 hora ou 30 minutos. Com horário de início e término checado pelo profissional de enfermagem em impresso próprio. Em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, deverá constar o horário de instalação e retirada conforme relatório Anestésico
Oxigênio Sob Respirador Pediátrico UTI Neo/Pediátrica Centro Cirúrgico	A cada 01 hora ou 30 minutos Com horário de início e término checado pelo profissional de enfermagem em impresso próprio. Em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, deverá constar o horário de instalação e retirada conforme Relatório Anestésico
Oxigênio Sob Máscara Adulto UTI Adulto Centro Cirúrgico	A cada 01 hora ou 30 minutos Com horário de início e término checado pelo profissional de enfermagem em

Enfermaria	impresso próprio. Em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, deverá constar o horário de instalação e retirada conforme Relatório Anestésico
Oxigênio Sob Máscara Pediátrico UTI Neo/Pediátrico Centro Cirúrgico Enfermaria	A cada 01 hora ou 30 minutos Com horário de início e término checado pelo profissional de enfermagem em impresso próprio. Em procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, deverá constar o horário de instalação e retirada conforme Relatório Anestésico
Óxido Nitroso	Pagamento por Litro Necessita de registro em Relatório Anestésico da vazão para cálculo e pagamento
Inaloterapia / Nebulização	Pagamento por sessão, incluso soro fisiológico, Atrovent, Berotec e gases utilizados. Condicionado a prescrição médica e checagem dos horários de realização do procedimento

4.10 Medicamentos

- Os medicamentos em gotas/líquidos orais serão pagos por “ml” mediante prescrição médica assinada, carimbada e checada pela enfermagem
- Os anestésicos em frasco-ampola serão pagos por “ml” conforme registro médico em Relatório Anestésico
- Os medicamentos administrados no transoperatório deverão estar descritos em folha de sala com assinatura do enfermeiro e/ou médico. Medicamentos anestésicos deverão estar descritos pelo médico anestesista em Relatório Anestésico
- Os medicamentos apresentados em frasco ampola serão pagos conforme prescrição médica, levando em consideração a estabilidade do medicamento conforme indicação do fabricante e tabela do item 4.11
- Medicamentos em ampolas serão pagos integralmente
- Soros para hidratação e diluição de medicamentos deverão estar em prescrição médica e checada pela equipe de enfermagem
- A cobrança deverá obedecer a critérios estabelecidos no item 3.5 deste documento
- Prescrições rasuradas, com checagem de enfermagem incoerente não serão pagas
- Medicamentos de Alto Custo e Especiais devem ser justificados e solicitados para autorização prévia de uso pela CREDENCIANTE

4.11 Tabela de Diluição e Estabilidade de Medicamentos

Conforme Guia de Diluição e Estabilidade de Medicamentos do HU-UNIVASF. Edição 01 de 2019. Disponível em:

<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/3547298/GUIA+-+Preparo+de+medicamentos+injetáveis+2019+%282%29.pdf/6e2e99c1-0ad4-4994-baf5-6a0f05b3c5d1>>. Acesso em 27/03/2020.

Referências

1. MICROMEDEX. Thomson. Greenwood Village, Colorado, USA; c1974-2012.
2. SANTOS, L., TORRIANI, M.S.; BARROS, E. **Medicamentos na Prática da Farmácia Clínica**. São Paulo: Artmed, 2013.
3. Informações fornecidas pelo fabricante do medicamento. (Acesso via Bulário Eletrônico AN- VISA).
4. TZE-PENG LIM et al. **Physicochemical stability study of polymyxin B in various infusion solutions for administration to critically ill patients**. 2016. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1060028016649598>>. Acesso em: jan 2019.
5. LEXICOMP. (Acesso via UpToDate[®]).
6. HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. **Guia de farmacêutico 2014/2015**. 8 ed. Comissão de farmácia e terapêutica. São Paulo, 2014.
7. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. HU/UFSC. Plano de Contenção de Bactérias Multirresistentes. 2018.

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite	
Acetilcisteína	100mg/ml - AMP 3ml Acetilcisteína G (União Química); Flucistein®; Bromuc®	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição				SG 5% ^{1, 2, 3} ,	1° dose - 200 ml de SG 5% ; 2° dose: 500 ml de SG 5% ; 3° dose: 1000 ml ^{2,3}	24 h TA ^{1, 3}	Para uso como antídoto, infusão endovenosa: 1° dose em 1h; 2° dose: em 4h; 3° dose: em 16h. ^{2, 3} Outro uso: Infusão lenta.	-
Aciclovir	FA 250 mg Aciclovir sódico (G União Química); Uni Vir®; Zynvir®	Água para injetáveis ^{1,3} ou SF 0,9% ³	10ml ³	12h TA (não refrigerar) ^{2,3}	SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer Lac- tato ³	100ml para doses entre 250 e 500mg ³	12h TA ³	Infusão: 1h ³	Sim	
Ácido Épsilon-aminocaprílico	200 mg/ml - FA 20 ml Ipsilon® (Zydus Nikkho)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição				SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer Lac- tato ^{2,3}	250 a 500 ml ³ Concentração máxima 20 mg/ML ²	7 dias TA ou sob refrigeração (4°C) ²	Infusão: 30 a 60min	-
Ácido folínico (Folínico de cálcio)	10 mg/ml FA Folinato de cálcio G (Eurofarma)	Água bacteriostática para injetáveis (com álcool benzílico) ou com água para injetáveis ³	5 a 10 ml ³	Em água bacteriostática para injetáveis: 7 dias TA. Em água para injetáveis: uso imediato ³ .	SF 0,9%, SG 5% ³ .	100 a 1.000 ml de SF 0,9%, SG 5% ^{2, 3}	24h sob ref. ³	Bolus: 3 a 10 min Infusão: 15 a 120 min. Não ultrapassar 160 mg/min ³ .	-	
	50 mg - FA 5 ml Tevafolin®	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição				SF 0,9%, água para injetáveis, SG 5% SG10%, Solução de Ringer Lactato ³	Diluir até concentração de 0,06mg/ml e 1mg/ml ³	24h TA ³	Bolus: 3 a 10 min Infusão: 15 a 120 min. Não ultrapassar 160 mg/min ² .	-
Ácido Tranexâmico	50 mg/ml - AMP 5 ml Ácido Tranexâmico (Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição				SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer ³	10, 20 ou 100 ml de SF 0,9%, SG 5% e Solução de Ringer ³	2h TA	Bolus lento (50 mg/min) ou por infusão intravenosa. Recomenda-se que a administração seja feita isoladamente.	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Ácido Zoledrônico	FA 4 mg Ácido Zoledrônico (ABL)	Água para Injetáveis ³	5ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ³	100ml de SF 0,9%, SG 5% ³	24h sob ref. ³	Infusão: mínimo de 15min ³	-
Adenosina	3 mg/ml - AMP 2 ml Adenocard®, Adenosina G (Hipo-labor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Uso imediato, descartar quantidade não utilizada			Bolus: 1 a 2 segundos	-
Albumina Humana 20%	10 g - FA 50 ml Alburex® 20 (CSL Behring); Albumina Humana Grifols® 20% (GRIFOLS); Uman Albumin® 200 g/L (Kedrion Biopharma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Administrar diretamente ou diluir SF 0,9%, SG 5%. Não diluir com água para injetáveis, pois pode causar hemólise nos pacientes ³	50 a 500 ml ²	Uso imediato. Descartar qualquer solução residual ³	1-2 ml/min. Não deve ser excedido 30 ml/min no caso de substituição do plasma ³	-
Alfentanila, cloridrato	0,5 mg/ml - AMP 5 ml Alfast (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ou Solução de Ringier ^{2, 3}	Concentração máxima de 80 mcg/ml ²	24 h TA	Bolus: 3 a 5 min. Para pacientes adultos ventilados mecanicamente em UTI, a velocidade de infusão é de 2 mg/h, inicialmente ³ .	-
Alprostadil	AMP 20 mcg Prostavasin® (Biosintética)	SF 0,9% ³	2 ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9% ³	Administração intra-arterial: 1 ampola em 50ml. Administração intravenosa: 2 a 3 ampolas em 50 a 250 ml ³	12h TA ³	Infusão intra-arterial: 60 a 120 min. Infusão intravenosa: 2h ³	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Alteplase	FA 50 mg/50ml Actilyse® (Boehringer Ingelheim)	Diluyente próprio (água para injetáveis) ³	50 ml ³	24h sob refrigeração ³	SF 0,9%. Não usar SG ou água para injetáveis, pois pode aumentar a turbidez da solução reconstituída ³	Diluir para até uma concentração mínima de 0,2 mg/ml ³	8h TA ou 24h sob ref ³	Dose inicial: em bolus. Infusão: 30 min a 3h, a critério médico ³	-
Amicacina	AMP 50, 125 e 250 mg/ml Sulfato de amicacina (G Teuto); Amicilon® (Ariston)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³	100 ou 200 ml ³ Concentração máxima 5mg/ml ⁷	Uso imediato	Infusão: 60 min ⁷ . Lactentes: 1 a 2h ³	-
Amiodarona	50 mg/ml - AMP 3 ml Cloridrato de Amiodarona (G Hi- polabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	20 ml (bolus) a 250 ml. Não se deve utilizar concentrações inferiores a duas ampolas em 500ml (600mg/L) ³	24h TA em frasco de vidro e bolsa de polietileno. 2h em bolsa de PVC ²	Bolus: no mínimo em 3 min ³ . Infusão: 20 min a 2h. Para soluções > 2 mg/ml preferir acesso central ²	Sim
Amoxicilina + Ácido Clavulânico	FA 500 mg e 1g Doclaxin® (Blau)	Água para injetáveis, SG 5%, SF 0,9% ³	10ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9% ou água para injetáveis ³	50 ml (para cada 500 mg) ³	Uso imediato ³	Infusão: 30 a 40 min ³	Sim
Ampicilina	FA 500 mg e 1 g Ampicilina (G Teuto)	Diluyente próprio (Água para injetáveis) ³	2ml (500mg) ou 3ml (1g) ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ou Solução Ringer Lactato ¹	100 ml ou na concentração máxima de 30 mg/ml ²	Em SF 0,9%: 8h TA ou 48h sob ref.; em SG 5%: até 2 mg/ml: 2h TA. 10-20 mg/ml: 1h TA sob ref. Solução Ringer lactato: 8h TA, 24h sob ref. ¹	Bolus: 3 a 5 min. Infusão: 15 a 30 min ^{1,3}	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Ampicilina + Sul- bactam	FA 1,5 g ou 3 g Sulbactam sódica + ampicilina sódica (G Aurobindo e G Nova Farma)	Água para injetáveis, SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer lactato ³	3,2 ml (1,5g) ou 6,4 ml (3,0g) ³	8h TA ou 48h sob ref. ³	Água para injetáveis, SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer lactato ³	100ml	Em água para injetáveis e SF 0,9%: 8h TA ou 72h sob ref; Em SG 5%: 2h TA ou 4h sob ref. Em Solução de Ringer lactato: 8h TA ou 24h sob ref. ³	Bolus: 10 a 15 min. Infusão: 15 a 30 min ^{1,3}	Sim ³
Anfotericina B	FA 50 mg Unianf® (União Química); Anforicin B® (Cristália)	Diluyente próprio ou água para injetáveis ³	10 ml ³	24h TA e protegida da luz, ou 1 semana sob ref. ³	SOMENTE SG 5% ³	490 ml (para concentração de 0,1 mg/ml) ³	Uso imediato ³	Infusão: 2 a 6 h ³	Sim ^{1,3}
Anfotericina B lipossomal	FA 50 mg Ambisome® (United Medical)	Água estéril para injetáveis ³	12 ml ³	24h sob ref. ³	SOMENTE SG 5% ³	2 a 0,2 mg/ml	Iniciar por no máximo 6h após a diluição ³	Infusão: 120 min, que pode ser reduzido para aproximadamente 60 min em pacientes que toleram bem o tratamento ³	Sim ¹
	FA 50 mg Anforicin B® (Cristália)	Água para injetáveis ³	10 ml ³	24h TA e protegida da luz, ou 1 semana sob ref. ³	SOMENTE SG 5% ³	0,1 mg/ml ³	Uso imediato ³	Infusão: 2 a 6 h ³	Sim ¹
Anfotericina B Complexo lipídico	FA 100 mg (20 ml) Abelcet® (Teva)	Medicamento disponibilizado em suspensão, sem a necessidade de reconstituição			SOMENTE SG 5% ³	0,1 mg/ml ³	48h sob ref. ³	Infusão: 2,5 mg/kg/h ³	Sim ¹
Atropina	0,25 mg/ml - AMP 1 ml Pasmosex® (Isofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0.9% ²		Em SF 0.9% 1mg/ml: 72 h em TA. ²	Bolus: em 2 min ²	-
Azitromicina	FA - 500 mg Zitromax® (Pfizer)	Água para injetáveis ³	4,8 ml ³	24h ³ TA	SF 0,9%, SF SG 5%, Solução de Ringer lactato.	250 a 500 ml ³	24h TA ou 7 dias sob ref. ³	Infusão: 3h (1mg/ml) ou 1h (2 mg/ml) ³	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Atracúrio, besilato de	10 mg/ml - AMP 2,5 ml e 5 ml Tracur® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%.	2 ml em 98 ml de diluente (0,2 mg/ml) ou 5 ml em 95 ml de diluente (0,5 mg/ml) ³	24h TA ou sob ref. nas concentrações de 0,2 mg/ml ou 0,5 mg/ml ³	0,3 a 0,6mg/kg/h ³	-
Azul de metileno (metiltionínio)	AMP 4 ml Azul de metileno (Pharmedice) 0,5%	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Bolus, em no mínimo 5 minutos ¹ . Atenção para evitar extravasamento: medicamento vesicante				Sim.
Benzilpenicilina benzatina (Penicilina G Benzatina)	1.200.000 UI FA Bepeben® (Teuto)	Água para injetáveis ³	4 ml ³	Uso imediato ³	Administração exclusivamente por via IM profunda ³				
Benzilpenicilina potássica + procaína	400.000 UI FA Penkaron® (Blau)	Água para injetáveis	4 ml	Uso imediato	Administração exclusivamente por via IM profunda				

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Benzilpenicilina potássica (Penicilina cristalina)	5.000.000 UI FA Aricilina® (Blau Farmacêutica)	Água para injetáveis ³	10 ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ³	Diluir até a concentração de 50.000 UI/ml ³	24 h. TA ¹	Infusão: 30 a 60 min ³	
	5.000.000 UI FA Benzilpen® (Agila)	Água para injetáveis, SF 0,9%, SG 5% ³	8ml ²	24h TA e 7 dias sob ref. ³	SF 0,9% ou SG 5% ¹	50 a 100 ml ²	24h TA ²	Infusão: 1h ¹	Sim ¹
	5.000.000 UI FA Cristacilina® (Novafarma)	Água para injetáveis, SF 0,9% ³	5ml ²	Uso imediato ³	SF 0,9% ou SG 5% ¹	50 a 100 ml ²	24h TA ²	Infusão: 1h ¹	Sim ¹
Bromoprida	5 mg/ml - AMP 2 ml Bromogex®, Bromoprida (Hipolabor), Bromoprida (Nova Farma), Bromoprida (União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³	20 ml	24h TA	Bolus: no mínimo em 3 min ³	-
Cefalotina	1g FA Cefalotina (G Blau Farmacêutica)	Água para injetáveis ³	5 ml ³	12h TA ou 96h sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ³	100 ml ³	12h TA ou 7 dias sob ref. ³	Bolus: 3 a 5 min ³ Infusão: 30 min ³	Sim ³
Cefazolina	1g FA Fazolon® (G Blau Farmacêutica)	IM: Lidocaína 0,5%, água para injetáveis IV: Água para injetáveis ³	IM: 2,5 ml IV: 10 ml ³	12h TA ou 24h sob ref., protegido da luz ³	SF 0,9%, SG 5% ³	50 a 100 ml ³	12h TA ou 24h sob ref., protegido da luz ³	Bolus: 3 a 5 min Infusão: 30 a 60 min ³	Sim ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Cefepime, cloridrato	1g ou 2g FA Cloridrato de Cefepime (G Aurobindo)	Água para injetáveis, SF 0,9% ou SG 5%. ³	10ml ³	24h TA ou 7 dias sob ref. ³	SF 0,9% ou SG 5%. ³	Diluir na concentração de 1 a 40 mg/ml ³	12h TA ou 3 dias sob ref. ³	Infusão: 3 horas ⁷	Sim ¹
	1g ou 2g FA (IV/IM) Clocef® (Teuto)	Água para injetáveis, SF 0,9% ou SG 5%. ³	IV: 10ml ³ IM (1g): 3ml ³	24h TA ou 7 dias sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ou 10%, Solução de Ringer lactato ³	Diluir na concentração de 1 a 40 mg/ml ³	24h TA ou 7 dias sob ref. ³	Infusão: 3 horas ⁷	
Cefoxitina	1g FA Cefoxitina sódica (G Blau)	Água para injetáveis ³	10ml ³	12h TA ³	SF 0,9%, SG 5% ou 10%, Solução de Ringer lactato ³	50 a 100 ml ¹	SF 0,9%, SG 5% ou 10%: 24h TA ou sob ref. Solução de Ringer lactato: 4h TA ou 12h sob ref. ³	Bolus: 3 a 5 min ³ Infusão: 20 a 30 min ³	Sim ¹
Cefotaxima Sódica	FA 1g Cefotaxima (G Aurobindo) (IV, IM)	Dilúente próprio ³	5 ou 10 ml ³	Uso imediato ³	Bolus: Água para injetáveis ³ Infusão: Água para injetáveis, SF0,9%, SG5%, Solução Ringer lactato ³	40ml ³	Uso imediato	Bolus: em 3 a 5min ⁵ Infusão: 15 a 30min ⁵	Sim ³
	FA 1g Cetazima® (Nova Farma/ Neuro-lab)	Água para injetáveis ³	10ml ¹	12 TA ou 24h sob ref ³	SF 0,9%, SG 5%, SG 10%, Solução de Ringer ³	40 a 100 ml ³	12h TA ou 24h sob ref ³	Bolus: 3 a 5 min. Infusão: 20 min (quando diluído em 40 ml) ou em 50 a 60 min (quando diluído em 100 ml) ³ .	Sim ¹
Ceftazidima	FA 1g Ceftafor® (Novafarma)	Água para injetáveis ¹	10ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% e 10%, Solução de Ringer lactato ³	Volume total de no mínimo 50ml ³	-	Bolus: 3 a 5 min ¹ ; Infusão: 15 a 30 min ²	Sim ¹
	FA 1g Ceftazidon® (Blau)	Água para injetáveis ¹	10ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% e 10%, Solução de Ringer lactato ³	Volume total de no mínimo 50ml ³	-	Bolus: 3 a 5 min ¹ ; Infusão: 15 a 30 min ²	Sim ¹

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Ceftriaxona	1g FA Ceftriaxona (Keftron ABL)	Água para injetáveis ³	10 ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG5% ³ .	100 ml ³	Uso imediato ³	Bolus: 2 a 4 min; Infusão: 30 min ³	Sim ³
Cefuroxima	750 mg FA Cefuroxima Sódica (G Aurobindo)	Água para injetáveis ³	6 ml para IV direto	24 h TA (25°C) ou 3 dias sob ref. ³	SF 0,9% ou SG 5% ₁	50 a 100ml	24h TA ou 7 dias sob ref. ₁	Bolus: 3 a 5 min ¹ ; Infusão: 15 a 30 min ²	Sim ¹
	750 mg FA Zinacef® (GlaxoSmithKline Manu- facturing S.p.A)	Água para injetáveis ³	1,5g em 15 ml ³	5h TA (25°C) ou 48h sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ou 10%, Solução de Ringer, Solução de Ringer com lactato	50 a 100 ml ³	Até 24h TA ³	Bolus: 3 a 5 min ¹ Infusão: 15 a 30 min ²	Sim ¹
Cetoprofeno	100 mg FA Cetoprofeno G (Cristália)	SF 0,9%, SG5% ³	10 ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ³	100 a 150 ml ³	Uso imediato ³	Infusão: 20 min ³	-
Ciprofloxacina	200mg - Bolsa 100 ml Ciprofloxacin® (Isofarma); Freso- flox (Fresenius)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Medicamento disponibilizado em bolsa já pronta para o uso (sistema fechado)			Infusão: 60 min ³	Sim ³
Cisatracúrio, besilato	2 mg/ml AMP - CIS®(Cristália) 10mg/ml AMP–Tracur (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG5%	0,1 a 2mg/ml	24h TA	Bolus: 5 a 10 segundos ³ . Infusão: consultar a bula, de acordo com o peso ³	-
Clindamicina, fosfato de	600 mg AMP 4 ml Fosfato de Clindamicina (G Novafarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ou Solução de Ringer lactato ³	50 a 100 ml ³ . Não exceder 18 mg/ml ³ .	16 dias TA ou 32 dias sob ref. ³	Infusão: Não exceder 30 mg/min ³	Sim ¹
	150mg/ml (G Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ou Solução de Ringer lactato ³	50 a 100 ml. Não exceder 18 mg/ml ³	24h TA 48h sob ref ³	Infusão: Não exceder 30 mg/min ³	Sim ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Clonidina	150 mcg/ml - AMP 1ml (Clonidin®, Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ³	EV direto: 10ml ⁶ . Infusão EV: 10- 500ml SF0,9% ⁶	24h TA ^{2,6}	Bolus: 7 a 10 min ou infusão por gotejamento ³	-
Cloreto de Potássio 19.1%	AMP 10 ml Cloreto de Potássio 19.1%=191mg/ml=2,56mEq/ml ⁶ (Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ou Ringer Lactato ⁶	Acesso periférico: máx 100 mEq (40ml) em 100 ml; Acesso central: 20 a 40 mEq (8 a 16ml) em 100 ml ⁶ .	24h TA ⁶	Acesso periférico: máx 10 mEq/h (4ml/h); Acesso central: máx 40 mEq/h (16ml/h)	Sim
Cloreto de Sódio 20%	AMP 10 ml Cloreto de Sódio 20%=200mg/ml =3,42mEq/L (Isofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Ringer Lactato ⁶	A critério médico. Atenção: SEMPRE DILUIR antes de administrar	24h TA ⁶	Não ultrapassar 1mEq/kg/hora ⁶	Sim
Complexo protrombínico (Fatores de Coagulação II, VII, IX, X, proteína C e S)	FA 500 UI + diluente 20 ml (Beriplex® P/N) CSL Behring	Diluente próprio (água para injetáveis)	20ml	Uso imediato ³	Não deve ser diluído			Infusão lenta. Não exceder 3 UI/kg/min (máx 210 UI/min= 8ml/min) ³	-
Dantroleno sódico hemieptaidratado	FA 20 mg Dantrolen® (Cristália)	Diluente próprio (solução de água para injetáveis com manitol, sem conservante, estéril e apirogênica)	20ml	6h TA, protegido da luz direta	Não deve ser diluído			Bolus: em 3 min ² ; Infusão: 1h ²	Sim
Desferroxamina, mesilato de	FA 500 mg Mesilato de Desferroxamina (G Cristália)	Água para injetáveis ³	5 ml ³	24h TA ³ . Não refrigerar ¹	SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer, Ringer lactato ³	150 ml ³	24h TA ³	Inicial: não exceder 15 mg/kg/h. Posteriormente, não exceder 125 mg/h. ¹	-
Deslanosídeo	0,2mg/ml - AMP 2 ml Deslanol® (União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ou SG5% ²	Pode ser diluído na proporção de 1:4 ²	Uso imediato ²	Bolus: em 5 min (diluído ou não) ²	-
Dexametasona, fosfato dissódico de	10 mg AMP 2,5 ml Dexametasona (G Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%; SG5% ³	50 a 100 ml ²	Uso imediato ³	Bolus: sem diluir, em 5 a 10 min. Infusão: 15 a 30 min ²	

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Dexmedetomidina, cloridrato de	100 mcg/ml FA 2 ml Extodin® (União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%	Diluir 2 ml do medicamento em 48 ml de diluente, para totalizar um volume de 50 ml ³	24h sob ref. ³	Inicial: 1 mcg/kg por 10 min. Manutenção: 0,2 a 0,7 mcg/kg/h ³	-
Dextrocetamina, cloridrato	50 mg/ml FA 10ml, 50mg/ml, AMP 2 ml Ke-tamin® (Cristália), (BioChimico)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%,SG 5% ³	FA: em 500ml para 1mg/ml. Em 250ml para 2mg/ml (restrição de fluidos)	24h TA ³	Bolus: em 1min. Infusão: por microgotejamento, com a dose de 0,1 a 0,5 mg/minuto ³	-
Diazepam	5 mg/ml - AMP 2 ml Diazepam (G Teuto)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%; SG 5% ³	Para IV direto, não diluir. Para infusão, diluir a dose na concentração máxima de 5 mg/ml ²	Uso imediato ³	Bolus: de 0,5 a 1 ml/min ³	Sim ¹
Dimenidrinato + Cloridrato de pirodoxina + gli-cose + frutose	30mg+50mg+1g+1g. AMP 10ml Dramin® B6 DL(Takeda)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ³	1 amp em 10 ml ³	10 dias TA; as sobras da ampola devem ser descartadas ²	Bolus: em 2 min ³	-
Difenidramina	50 mg AMP 1 ml Difenidrin® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%; SG 5% ²	50 ml ²	24 h TA ²	Bolus: em 2 a 5 min ³ Infusão: 15 a 30 min ²	Pode ocorrer necrose se administrado via subcutânea ²
Dipirona	500mg/ml - AMP 2ml Dipifarma® (Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ou solução de Ringer lactato ³	10 a 20 ml ¹	Uso imediato ³	Infusão: 1 ml/min ⁶	Sim ³
Dobutamina, cloridrato	250 mg - AMP 20 ml Dobutamina (G Teuto)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato ³	250 a 1000 ml ³	24h TA ³	Infusão: 4 a 42 ml/h (paciente de 70 kg) ²	Sim ³
Dopamina	5mg/ml - AMP 10ml Dopamina (G União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato ²	250 a 500ml ²	24h TA ²	Infusão: 20 a 100ml/h	Sim. Uso em veia de grande calibre ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Droperidol	2,5 mg/ml AMP 1 ml Droperdal® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ²	Bolus direto: Não é necessário diluir. Infusão: 50 a 250 ml ²	24h TA ²	Bolus: em 2-5 min ² ; Infusão: 30-60 min ²	-
Efedrina	50 mg/ml AMP 1 ml Efedrin® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ¹	9ml ¹	Uso imeditato ¹	Bolus: 2-5min ³ . Tam- bém pode ser feito IM ou SC	-
Epinefrina/ Adrenalina	1 mg/ml AMP 1 ml Efrinalin® (Blau) Adren®(Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5%, SF 0,9%	Para infusão 1000 ml (1 mcg/ml) ¹ .	24h sob refrigeração, 4 horas em TA protegidas da luz ¹ . Descartar porções não utilizadas das ampolas ³	Bolus: rápido Infusão: 1 a 10 mcg/min ²	Sim
Etomidato	2 mg/ml AMP 10ml Etomidato (G Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Não é recomendado administrar por infusão ³			Bolus: 10ml/ min ³	Sim ³
Eritropoetina	4000 UI FA Hemax Eritron (Biosintética ache)	Dilúente próprio	2 ml	Uso imediato ³	Não é recomendado administrar por infusão ³			Bolus: 1 a 5 min ³	-
Escopolamina	20 mg/ml AMP 1 ml Butilbrometo de escopolamina (G Hipolabor, G Farma-ce, G União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, Água para injetáveis ²	1 a 5 ml ²	Uso imediato ³	Bolus: 2 a 3 min ²	-
Escopolamina, butilbrometo + Dipirona sódica	4 + 500 mg/ml AMP 5 ml Hios- pan Composto® (Teuto)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³	-	Uso imediato ³	Bolus: 1ml/min ³	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Fenitoína	50 mg/ml AMP 5 ml Fenitoína (G Teuto) Fenital (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Não é recomendada para infusão intravenosa, devido baixa solubilidade e possibilidade de precipitação ³ . SF 0,9% (não usar SG, pois pode precipitar) ³ .	50 a 100 ml ² Não diluir em concentrações menores que 5 mg/ml ¹	Uso imediato ³	Máximo de 50 mg/min ¹	Sim ² . Utilizar filtro de 0,22 micras utilizado entre o equipo e o paciente, para retirar os cristais que possivelmente tenham se formado
Fenobarbital	100 mg/ml AMP 2 ml Fenocris® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ¹	IV intermitente: diluir a dose em igual proporção de soro (1:1); Infusão: diluir até obter concentração de 30 a 130 mg/ml ²	Volume total de no mínimo 50ml ³ Utilizar imediatamente após preparo.	Bolus: 3 a 5 min ² Infusão: lenta, menos que 60 mg/min ³	Sim. Evitar administrando soluções de concentrações mais baixas e mais lentamente ¹
Fentanila	0,05 mg/ml AMP 2 e 10 ml Fentanest® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%;SG 5% ³	Para infusão diluir em SF 0,9% nas concentrações de 0,02mg/ml e 0,01mg/ml, ou SG 5% nas concentrações de 0,01mg/ml e 0,04mg/ml ³	24h TA ³	Bolus: 3 a 5 min ² . Para doses acima de 5 mcg/kg, administrar em 5 a 10 min ¹	Sim ²
	0,1 e 0,5 mg AMP 2 e 10 ml Fentanila (G Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%;SG 5% ³	-	24h TA ³	Bolus: 3 a 5 min ² . Para doses acima de 5 mcg/kg, administrar em 5 a 10 min ¹	Sim ²

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Filgrastima	300 mcg/ml FA 1 ml Filgrastine® (Blau Farmacêutica) Filgrastim® (Biosintética)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Somente SG 5% ³ . Nunca diluir com SF, pois pode precipitar. ³	Recomenda-se não diluir para uma concentração final menor que 2 mcg/ml ³	Uso imediato ³	Infusão: em 30 min ³	Quando diluído a uma concentração inferior a 15 mcg/ml, deve-se adicionar albumina sérica humana até uma concentração final de 2 mg/ml ³
Fluconazol	2 mg/ml Bolsa 100 ml Fluconazol (G Sanobiol) ; Fresolcan® (Frese- nius); Fluconazol (G Isofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Medicamento disponibilizado em bolsa já pronta para o uso (sistema fechado)			Máximo de 200 mg/h ¹	-
Flumazenil	0,1 mg/ml AMP 5 ml Flumazil® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5%, SF 0,9% ³	-	24h TA ³	Bolus: 15 a 30 segundos (não exceder 0,2 mg/min) ³ Infusão: 0,1 a 0,4 mg/hora ³	Sim ²
Furosemida	10 mg/ml AMP 2 ml Furosemida (G Hypofarma, G Farmace, G Santisa)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, Ringer lactato ³	50 ml, considerando a concentração final entre 2 e 10 mg/ml ²	24h TA ou sob refrigeração, protegida da luz ³	Bolus: 1 a 2 min ² ; Infusão: 4 mg/min	Sim ¹
Ganciclovir	1mg/ml Bolsa 250 e 500 ml Cymevir®(HalexIstar)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Infusão: 1h ³	Sim. Para diminuir o risco, administrar durante 1h ² , e infundir apenas em veias com o fluxo sanguíneo adequado para permitir a rápida diluição e distribuição ¹

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Gentamicina	20 mg, 40 mg, 80 mg AMP 1 e 2 ml Gentamicin® (Novafarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³ .	50 a 200 ml ³	2h TA. ³ Não há recomendação deste fabricante	Infusão: mínimo 60min ⁷	-
	80 mg - AMP 2 ml Hytamicina® (Hypofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³ .	50 a 200 ml ³	2h TA. ³	Infusão: mínimo 60min ⁷	
Glicose 25%	25% - AMP 10 ml Glicose 25 % (Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A critério médico ³	A critério médico ³	Uso imediato ³	A critério médico ³	
Glicose 50%	50% - AMP 10 ml Glicose 50 % (Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A critério médico ³	A critério médico ³	Uso imediato ³	A critério médico ³	
Gluconato de cálcio 10%	97,9 mg/ml AMP 10 ml Gliconato de Cálcio 10% (G Iso- farma, G Fresenius Kabil Bra- sil)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Ringer Lactato ¹	-	Uso imediato ³	Bolus: lento, de 50 a 100 mg/min. Não exceder 5 ml/min ¹	
Heparina	5.000 UI/ml - FA 5 ml Hemofol® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5%, SG 10%, Solução de Ringer ³	Infusão intermitente: 50 a 100 ml ² Infusão contínua: 250 a 500ml ²	24h TA ³	Pode ser feito em bolus, infusão intermitente ou infusão contínua conforme critério médico	Verter a bolsa a cada 4 horas para evitar adsorção ¹
	5.000 UI/ml - FA 5 ml Hepamax-S® (Blau Farmaceutica)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% , SF 0,9% e Solução de Ringer ³	Infusão intermitente: 50 a 100 ml ² Infusão contínua: 250 a 500ml ²	24h TA ³	Pode ser feito em bolus, infusão intermitente ou infusão contínua conforme critério médico	Verter a bolsa a cada 4 horas para evitar adsorção ¹

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Hidrocortisona, succinato sódico de	100 ou 500 mg FA Ariscorten® (Blau Farmacêutica);	Diluyente próprio ou água para injetáveis	2ml (100mg) ou 4ml (500mg) ³	12h TA ou 3 dias sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ³	Bolus: direto ou na concentração máxima de 50mg/ml ² Infusão: 100 mg: 100 a 1000 ml; 500 mg: 500 a 1000 ml ³	24 h TA ³	Bolus: em 3 a 5 min ³ ; Infusão: 30 a 60 min ¹	-
	100 ou 500 mg FA Androcortil® (Teuto)	Diluyente próprio ou água para injetáveis	2ml (100mg) ou 4ml (500mg) ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ³		Uso imediato ³		
	100 ou 500 mg FA Gliocort® (Novafarma)	Água para injetáveis	2ml (100mg) ou 4ml (500mg) ³	24h TA ou 3 dias ref. ³	SF 0,9%, SG 5%		Uso imediato ³		
Hidróxido férrico, sacarato	20 mg/ml, AMP 5 ml Sucrofer® (Baxter)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Somente SF 0,9% ³	Cada 1 ml de Sucrofer deve ser diluído em, no máximo, 20 ml ³ 1 AMP em 100 ml ³	Uso imediato ³	Bolus: lento, (1ml/min - não exceder 10 ml) Infusão de acordo com a concentração: 100mg: 15min; 200mg: 30min, 300mg: 1,5h, 400mg: 2,5h, 500mg: 3,5 h. ³	Sim ³
Hidralazina	20 mg/ml, AMP 1 ml Nepresol® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ³	9 ml (2 mg/ml) ³	Uso imediato ³ .	Bolus: lento; Infusão inicial: 200 a 300 mcg/min. Manutenção: 50 a 150 mcg/min ³	-
Imunoglobulina anti-timócitos	25 mg FA Thymoglobuline®(Genzyme Polyclonals S.A.S)	Água para injetáveis ³	5 ml ³	24 h TA ³	SF 0,9% ou SG5% ³	Volume de infusão total de 50 para 500 ml (usualmente 50 ml/frasco) ³	24 h TA ³ .	Adaptar a velocidade da infusão de forma que a duração total da infusão seja de pelo menos 4h ³ .	Sim. Utilizar filtro 0,2 µm

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Imunoglobulina Humana	6 g FA Sandoglobulina® (CSL Behring)	SF 0,9%, SG5%, água para injetáveis	Intervalo de concentração para a solução reconstituída é de 3% a 12% ³ 200ml – 3% 100ml – 6% 66ml – 9% 50ml – 12%	24h a 4 °C e por 12h a 30 °C. Uso imediato para evitar contaminação microbiológica ³	SF 0,9%, SG 5% ou água para injetáveis ³	50 ml a 200 ml, dependendo da concentração da solução de infusão requerida ³ .	Uso imediato ³	Início: 0,5 a 1 ml/min. Pode-se aumentar gradativamente até o máximo de 2,5 ml/min (50 gotas/min) ³ .	-
Insulina regular	100 UI/ml FA 10 ml Humulin R ® (Ely Lilly)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ¹	Diluir a dose em 0,1 a 1 UI/ml ¹	96h (48h sob ref., seguido de 48h TA) ¹	-	Saturar o equipo com insulina por 30 minutos antes da infusão para evitar adsorção para evitar a adsorção ²
	100 UI/ml FA 10 ml Novolin R ® (Novo Nordisk)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, SG 10% ¹	Diluir a dose em 0,5 a 1 UI/ml ¹	24h TA ² ou 48h sob refrigeração ¹		
	100 UI/ml FA 10 ml Insunorm ® (Aspen)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, SG 10% ²	Diluir a dose em 0,05 a 1 UI/ml em SF 0,9% ²	24 h TA ²		
Levofloxacina	500 mg Bolsa 100 ml Levotac® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A bolsa já vem pronta para o uso, não necessitando de diluição adicional		3h após perfuração do lacre. Após administração, descartar qualquer porção não utilizada ³	Infusão: lenta, a partir de 60 min ³	Sim ¹
	500 mg Bolsa 100 ml Levaflox® (HalexIs- tar)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A bolsa já vem pronta para o uso, não necessitando de diluição adicional. Após administração descartar qualquer porção não utilizada³			Infusão: lenta, a partir de 60 min ³	Sim ¹

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Linezolida	600 mg Bolsa 300ml Zyvox® (Farmacia); Linezolida (G Eurofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A bolsa já vem pronta para o uso, não necessitando de diluição adicional			Infusão: 30 a 120 min ³	Após o término da administração, irrigar o acesso com SG 5%, SF 0,9% ou Ringer lactato ²
Meropenem	500 mg e 1g FA Zylpen® (Aspen pharma)	Água para injetáveis ³	10 ml (500 mg) ou 20 ml (1g) ³	8h TA ou 48h sob ref. ³	SG 10%, SG 5%	Diluir para concentração final de 1 a 20 mg/ml ³	2h TA; sob ref.: em SG 10%: 8h; em SG 5% e Bicarbonato de Sódio 0,02%: 18h; em SG 2,5% e SF 0,45%: 24h ³	Infusão: 3 horas ⁷	Sim ³
	500 mg e 1g FA Meropenem (G ABL)	Água para injetáveis ³	10 ml (500 mg) ou 20 ml (1g) ³	Uso imediato ³	SF 0,9% SG 10%, Solução de Ringer Lactato ³ .	100ml ³	Uso imediato ³	Infusão: 3 horas ⁷	Sim ³
	500 mg e 1g FA Meropenem (G Biochimico)	Água para injetáveis ³	10 ml (500 mg) ou 20 ml (1g) ³	8h TA e 24h sob ref.	SF 0,9% SG 5% Solução de Ringer, Solução de Ringer Lactato ³ .	Diluir para uma concentração de 1- 20mg/ml ³	10h TA e 48 h sob ref.	Infusão: 3 horas ⁷	Sim ³
Metaraminol, hemitartrato	10 mg/ml AMP 1 ml Aramin® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ou SG 5% ³	Bolus sem diluir. Para infusão diluir 15 a 100 mg (1,5 ml a 10 ml) em 500ml ³ .	24h TA ¹	Bolus: rápido. A velocidade de infusão deve ser ajustada para manter a pressão no nível desejado ³	-

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Metilprednisolona, succinato sódico	125 mg e 500 mg FA Metilprednisolona (G Novafarma)	Diluyente próprio ³	2 ml (125 mg) ou 8 ml (500 mg) ³	48h TA ³	SF 0,9%, SG 5% ³	Doses acima de 250 mg diluir na concentração máxima de 20 mg/ml (50 a 500 ml) ²	48h TA ³	Bolus: para dose até 250 mg, em até 5 min ³ ; Infusão: 30 a 120 min ²	-
	125 mg e 500 mg FA Solupren (Bergamo)	Diluyente próprio ³	2 ml (125 mg) ou 8 ml (500 mg) ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% ³		Uso imediato ³		
Metoclopramida	5 mg/ml AMP 2 ml Noprosil® (Isofarma), Cloridrato de Metoclopramida (GTeuto)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ¹	Bolus até 10mg pode ser administrado sem diluição. Para doses acima de 10 mg, diluir com 50 ml ²	48h TA se protegida da luz e por 24h TA sem proteção contra luz ¹	Bolus: 2 a 3 min ³ ; Infusão: 15 a 30 min ou 5 mg/min ²	-
Metoprolol, tartarato	1mg/ml - AMP 5 ml Seloken® (AstraZeneca)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Para uso sem diluição. Pode ser diluída para infusão em SF 0,9% ou SG 5% ²	Concentração máxima de 0,04 mg/ml ²	12h TA ³	Bolus: 1 a 2 mg/min ³ Infusão: 30 a 60 min ²	
	1mg/ml - AMP 5ml Betacris (Cristália)						24h TA, protegido da luz ³	Bolus: 1 a 2 mg/min ³ Infusão: 30 a 60 min ²	
Metronidazol	500 mg Bolsa 100 ml Endonidazol® (KabiPac); Metronidazol (G Isofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			A bolsa já vem pronta para o uso, não necessitando de diluição adicional. Depois de aberto deve ser utilizado imediatamente não sendo recomendado o reaproveitamento do seu conteúdo ou seu armazenamento para ser novamente reutilizado.			Infusão: 5 ml/min ³	Sim ¹
Micafungina	50 ou 100 mg FA Mycamine® (Astellas)	SF 0,9%, SG 5% ³	5ml ³	24h TA ³	SF 0,9%, SG 5% ³	100 ml ³	24h TA e protegida da luz ³	Infusão: 1 h ³	Sim ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Midazolam	5mg/ml AMP 3ml ou 10 ml Midazolam (G Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ²	Bolus: Diluir na concentração de 1 a 5 mg/ml ² Infusão: diluir na concentração entre 0,5 e 1mg/ml	24h TA ¹	Bolus: 2 a 5 min ³ In-fusão: contínua	Sim ³
	5 mg/ml AMP 3 ml ou 10 ml Dormium (União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% e 10% ³	Diluir 15mg em 100 a 1000 ml de solução de infusão ³	24h sob ref. ³	Bolus: 2 a 5 min ³ In-fusão: contínua	Sim ³
Milrinona, lactato	1 mg/ml - AMP 10 ml Primacor® IV (Sanofi Aventis)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³	IV intermitente: 10 a 20 ml. Infusão: diluir para a concentração de 0,2 mg/ml ¹	24h TA ³	Dose de ataque: bolus em 10min. Infusão: Mínimo 0,375 mcg/Kg/min; Padrão 0,50 mcg/kg/min; Máximo 0,75 mcg/kg/min ³	-
Morfina	10mg/ml - AMP 1 ml Dimorf® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ²	Para IV contínuo: Diluir na concentração de 0,1 a 1 mg/ml. Concentração máxima de 5 mg/ml ²	24h TA ³	Bolus: em 5 min; In-fusão: 15 a 30 min ²	-
Naloxona	0,4 mg/ml AMP 1 ml Cloridrato de Naloxona (G Hipolabor) (G Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ³	Bolus: sem necessidade de diluição. Infusão: Concentração máxima de 0,004 mg/ml (1 amp em 100 ml de diluente) ³	24h TA ³	Bolus: 30 segundos Infusão: 2 a 5 mcg/kg/h ²	-
Neostigmina	0,5mg/ml AMP 1 ml Normastig (G União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Não é necessário diluir, pode ser administrada pura ³			Bolus: 3 min ²	-
Nitroglicerina	5 mg/ml FA 10 ml Tridil® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5% ²³	250 a 500 ml ³ Concentração máxima 400 mcg/ml	48h TA ou 7 dias sob ref. ²³	Infusão: 5 mcg/min até 200mcg/min ³	Não utilizar bolsas de PVC.

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Nitroprusseto de sódio	25 mg/ml AMP 2 ml Nitrop® (Hypofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	250, 500 ou 1000 ml ³	24h TA protegida da luz ¹	Infusão: em até 3h ² ou 0,5-10 mcg/Kg/min ¹	-
	50mg FA Nitropruss® (Cristália)	SG 5% (forne- cida com o produto) ³	2ml ³	4h protegida da luz ³	SG 5% ²³	250 a 1000 ml ^{1 2 3}	24h protegida da luz. ³	Infusão: em até 3h ² ou 0,5-10 mcg/Kg/min ¹	
Noradrenalina/ Norepinefrina	1 mg/ml AMP 4 ml Hemitartrato de norepinefrina (G Hipolabor) (G Novafarma) (G Hypofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	1000 ml ³	24h TA, se protegida da luz ou calor (utilizar equipo âmbar ou envolver em papel alumínio) ³	Inicial: 2 a 3 ml/min; Manutenção: 0,5 a 1 ml/min ³	
Ocitocina	5 UI AMP 1 ml Syntocinon® (Novartis); Oxiton® (União Química); Ocitocina (G Blau Farmacêutica)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ³ , SG 5%	5 UI em 500 ml ³	-	Inicial: 1 a 4 miliunidades/min (2 a 8 gotas/min), máximo de 20 miliunidades/min (40 gotas/min) ³	
Octreotida	0,1 mg/ml - AMP 1ml Octride® (Tks/Sun) Sandostatin® SC, IV	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Bolus: sem diluir ^{1,2} Infusão: SF 0,9%. Pode afetar a homeostase da glicose, portanto, recomenda-se não utilizar soluções glicosadas para diluição ³	Diluir 0,5 mg em 60 ml ³ HDA: 6 ampolas (0,6mg) em 250ml SF0,9%	24h sob ref. ³ Para adm a solução deve estar a TA.	Bolus: em 3 min. ¹² Infusão lenta: de 15-30 min. ^{1, 2} Infusão contínua: 25 mcg/h ³	Sim, especialmente por via subcutânea
Omeprazol	40 mg FA Omeprazol Sódico (G Cristália); Oprazon® Blau Farmacêutica S.A	Diluyente próprio ³	10ml	4h refrigerado e protegido da luz ³	SF 0,9%, SG 5% ²	100 ml ²	Em SF: 12h; em SG 5%: 3h em TA. Proteger da luz ² .	Bolus: 2 a 5 min (max 4 ml/min) ^{2, 3} Infusão: 20 a 30 min ²	

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Ondansetrona	2 mg/ml AMP 4ml Ondansetrona (G Hypofarma);(G HalexIstar)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Solução de Ringer ³	50 –100 ml ¹³	7 dias sob ref. ³	Bolus: 2 a 5 min Infusão: mais de 15 min. ^{1 2 3}	
Oxacilina	500 mg FA Oxanon® (Blau Farmacêutica)	Água para injetáveis ou SF 0,9% ³	5ml ³	6h ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ³	Diluir entre 0,5 e 2 mg/ml ³	6h TA ³	Bolus: 10 min ³ ; Infusão: 15 a 30 min ²	Deve-se ter cautela , particularmente em idosos, pois podem ocorrer tromboflebitas ³ .
	500 mg FA Oxacilil® (Novafarma)	Água para injetáveis ou SF 0,9% ³	5ml ³	3 dias TA ou 1 semana ref ³	SF 0,9%, SG 5% ³	Diluir entre 0,5 e 2 mg/ml ³	6h TA ³	Bolus: 10 min ¹ ; Infusão: 15 a 30 min ²	
Pancurônio	2 mg/ml AMP 2 ml Pancuron® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato ²	O produto é indicado apenas por in- jeção em “bolus” . Em literatura existe referência sobre o pancurônio diluído para infusão intravenosa. Esta forma de administração ficará à critério médico sob cuidados e responsabilidade médica. Diluir na concentração entre 0,01 mg/ml e 0,8 mg/ml ² .	48h em TA ² .	Preferencialmente em bolus. Infusão: à critério médico ³ .	Sim ²

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Piperacilina + Tazobactam	2,0g + 0,25g FA; 4,0g + 0,5g FA Piperacilina sódica + tazobactam sódico (G Agila)	Água para in-jetáveis, SF 0,9% e SG 5% ²³	10 ml (2,25g) ou 20 ml (4,50g) ²³	24h TA ou 48h ref ¹²³	SF 0,9%, SG 5%, ¹²³	50 a 150 ml ¹³	24h TA ¹²³	Infusão: 3 a 4 horas ⁷	Sim ³
	4,0g + 0,5g FA Piperacilina sódica + tazobactam sódico (G Novafarma)	Água para in-jetáveis, SF 0,9% e SG 5% ¹²³	20ml ¹²³	24h TA ou 48h ref ¹²³	SF 0,9%, SG 5%, ¹²³	50 a 150 ml ¹²³	Uso imediato ³ .	Infusão 3 a 4 horas ⁷	Sim ³
Polimixina B	500.000 UI FA Sulfato de Polimixina B (G Euro-farma); Bedfordpoly-b® (Opem)	Água para in-jetáveis ³	2ml ¹	72h sob ref. ³	SG 5% , SF 0,9% ³	300 a 500 ml ³ ou até 20.000 UI/ml, em acesso profundo ou 5.000 UI/ml em pacientes com restrição hídrica, em acesso profundo ⁴	24h TA ³	Infusão: 90 min ou contínuo ²	Sim ³
Prometazina	25 mg/ml AMP 2 ml Pamergan® (Cristália) ; Prometazol® (Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Uso IM. A administração intravenosa não é recomendada , pois possui riscos de danos teciduais graves ³ .				Sim. Uso intravenoso não é recomendado pois pode causar gangrena periférica. ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Propofol	10 mg/ml AMP 20 ml ou FA 100 ml Lipuro® (Braun) 1%	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	Misturar 1 parte de Lipuro® 1% com até 4 partes de SG 5% ³	6h sob ref. Protegido da luz ³		Sim ¹
	10 mg/ml AMP 20 ml ou FA 100 ml Provive® 1% (Mei-zler) 1%	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	Misturar 1 parte de Provive® 1% com até 4 partes de SG 5% (não exceder 2mg/ml) ³ .	6h sob ref. Protegido da luz ³		Sim ³
	20 mg/ml FA 50 ml Diprivan® (AstraZeneca) 2%	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Não pode ser diluído (administração em bolus não é recomendada) ³			Até 12h ³	Sim ³
Ranitidina	50 mg - AMP 2 ml Cloridrato de Ranitidina (G Teuto) G Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%, SG 5%, ²³	IV intermitente: 20 ml; Infusão: 100 ml ¹	24h ²	IM: lenta Bolus: 5 min; Infusão: 15 a 20 min ¹²	-
Remifentanila	2mg FA Ultiva® (GlaxoSmithKline) (G Cris-tália)	Água para injetáveis, SG 0,5%, SF 0,9%	2ml ¹	Imediato ³	Água para injetáveis, SG 0,5%, SF 0,9% ³	20 e 250µg/ml. Usual: 50µg/ml.	24h ³	Bolus: 2 a 5 min Infusão: consultar a bula, de acordo com o peso. ³	

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Rocurônio	10 mg/ml FA 5 ml Esmeron® (Schering-Plough)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%; SG a 5%; água para injetáveis; solução de Ringer lactato ^{1,2,3}	Concentrações nominais de 0,5 mg/ml e 2,0 mg/ml ² Dose usual: 0,6 mg.kg ⁻¹	72h TA ³	Bolus Infusão: 0,3 a 0,6 mg.kg ⁻¹ .h ⁻¹	Sim ²
	10mg/ml - AMP 5 ml Rocuron® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9%; SG a 5%; água para injetáveis; solução de Ringer lactato ¹²³	Concentrações nominais de 0,5 mg/ml e 2,0 mg/ml ² Dose usual: 0,6 mg.kg ⁻¹	Uso imediato	Bolus Infusão: 0,3 a 0,6 mg.kg ⁻¹ .h ⁻¹	Sim
Salbutamol	0,5mg/ml AMP 1 ml Salbutamol (G Hipolabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			Infusão: SF 0,9%,	Diluir para uma concentração de 10 mcg/ml ² . Conteúdo das ampolas não deve ser administrado antes da diluição²³.	24h TA ²	Infusão: administrar na velocidade inicial de 5mcg/min, podendo-se aumentar a cada 15 a 30 min para 10 a 20mcg/min, em bomba de infusão ² .	
Sufentanila, citrato	50 mcg/ml AMP 1 ou 5 ml Fastfen® (Cristália)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ou SG 5% ³	Bolus: não necessita diluição. Concentração máxima de 5 mcg/ml ⁶	24h TA, protegido da luz ³	Bolus: 30 segundos Infusão: 1mcg/kg/h ¹	
Sulfametoxazol + Trimetoprima	480 mg - AMP 5 ml Bac - Sulfitrin® (Neo Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% (preferencialmente) ou SF 0,9% ²	25 a 30 ml de diluente para cada ml de sulfametoxazol + trimetoprima; em caso de restrição hídrica diluir 5 ml em 75 ml de diluente	6h TA ³	Infusão: 30 a 60min ³	
Sulfato de Magnésio	10 ou 50% AMP 10 ml Sulfato de Magnésio (G Isofarma; Samtec)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG5%, SF 0,9% ³	Diluir a uma concentração de até 20% ³	Uso imediato ³	150 mg/min (1,5 ml na concentração de 10% ou equivalente) ³	

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Suxametônio, cloreto de	FA 500 mg Succitrat® (Blau); Succinil Colin® (União Química)	SF 0,9%, SG 5% ³	2 a 10 ml ³	24h sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5% ¹	250 a 500 ml ³ Diluir na concentração de 1 a 2 mg/ml ³	24h ³	0,5 a 10 mg/min ³	
Tenoxicam	FA 20 mg Tenoxicam (G Cristália, G União Química, G Eurofarma, Genom)	água para injetáveis	2 ml ³	Uso imediato ³	Não é recomendado administrar por infusão ³			Bolus: Direto ³	
Terbutalina	0,5 mg/ml AMP 1ml Sulfato de Terbutalina (G Hipolabor; G União Química)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SG 5% ³	Diluir 5 mg (10 ampolas) em 1000 ml ³	12h TA ³	20 a 30 gotas/min ³	
Terlipressina	1 mg FA Glypressin® (Ferring)	Diluyente próprio (SF 0,9%) ³	5 ml ³	12h TA ou 24h sob ref. ³	Não é recomendado administrar por infusão ³			Bolus: 3 a 5 min ³	
Tiamina	100 mg/ml AMP 1 ml Acesyl (Citopharma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ²	100 a 500 ml ²	Uso imediato ³	Infusão: 30 min ¹	
Tiopental	1g FA Thiopentax® (Cristalia)	Água para injetáveis, SF 0,9% ³	40ml ³	24h sob ref ³	Água para injetáveis ou SF 0,9% ³	Bolus: não necessita diluição. IV intermitente ou contínuo: Diluir para uma concentração entre 0,2 e 0,4% ^{1,3} (adicionar os 40ml reconstituídos em 250 ou 500ml da solução para infusão)	24h sob refrigeração ³	Bolus: direto ¹ Infusão: à critério médico.	
Tigeciclina	50mg FA Tygacil® (Wyeth)	SF 0,9% ou SG 5% ³	5,3ml ³	Uso imediato ³	SF 0,9%, SG 5% e Solução de Ringer lactato ³	100ml ³	Uso imediato ³	Infusão: 60 min ⁷	Sim ³

Princípio ativo	Apresentação Comercial	Veículo para reconstituição	Volume para reconstituição	Estabilidade após reconstituição	Solução para infusão	Volume/concentração para diluição	Estabilidade após diluição	Tempo de administração	Risco de Flebite
Tramadol	50mg/ml - AMP 1 ou 2 ml Cloridrato de tramadol (G Teuto; G Halex Istar; G União Química; G Hi-polabor)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ²	Diluir na proporção máxima de 1:1 ³	Uso imediato ³	Bolus: 2 min ²	
Vancomicina	500 mg FA Novamicin (Novafarma)	Água para injetáveis ³	10ml ³	96h sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato, ³	Pelo menos 100 ml ³	Em SF 0,9% ou SG 5%: até 14 dias sob ref.. Nas demais soluções: até 96h sob ref. ³	Infusão: mínimo de 60 min. Não exceder a velocidade de 10 mg/min. ^{3,7}	Sim ³
	500 mg FA Vancomicina (G ABL Antibióticos do Brasil)	Água para injetáveis ³	10ml ³	24h TA, 14 dias sob ref. ³	SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato ³	100 ml	SF 0,9% e SG 5%: 24h TA e 14 dias sob ref., Ringer lactato: 24h TA e 96h sob ref. ³	Infusão: mínimo de 60 min. Não exceder a velocidade de 10 mg/min. ^{3,7}	Sim ³
Vasopressina	20U/ml AMP 1 ml Encrise (Biolab)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição			SF 0,9% ou SG 5% ²	Para tratamento de choque séptico Infusão: 250ml Concentração máx. 1U/ml ²		Para tratamento de choque séptico Infusão contínua: Preferir acesso central. 0,01 a 0,04U/min ³ Para outras indicações, consultar farmacêutico.	

Verapamil	2,5 mg/ml AMP 2 ml Verapamil (G Laboratório Health Tech)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição	SF 0,9%, SG 5%, Ringer lactato ²	Diluir na concentração de 1mg/ml ² Não é recomendado armazenamento em embalagem de PVC	24h TA ²	Bolus: 2 min ²	
Vitamina B (Complexo)	AMP 2 ml Hyplex B® (Hypofarma)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição	SF 0,9%, SG 5% ³	500 ml no mínimo, 1000 ml preferencialmente ³	24h TA, protegido da luz ₃	Infundir lentamente (gota-a-gota) ³	
Vitamina C (Ácido Ascórbico)	100mg/ml AMP 5 ml Vitamina C (Farmace)	Medicamento disponibilizado em solução, sem a necessidade de reconstituição	SF 0,9%, SG 5% ²	Diluir na proporção de 1:1 ²	Uso imediato ³	10 min ² Evitar administração intravenosa rápida pois pode provocar tontura e desmaio ³	

4.12 MATERIAIS

Conforme conceitos da Agência Nacional de Saúde Suplementar Equipamentos e Materiais de Saúde ou “produtos correlatos” são considerados os aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários. Vide Inciso IV do Art. 3º, Decreto nº 79.094, de 5 de janeiro de 1997.

Este universo, para fins de aplicação da legislação sanitária, compreende os seguintes produtos definidos na Portaria nº 2.043, de 12 de dezembro de 1994 e Portaria SVS nº 686, de 27 de agosto de 1998:

- 4.12.1 Material de uso em saúde Produto para saúde não ativo, isto é, cujo funcionamento não depende de fonte de energia elétrica ou qualquer outra fonte de potência distinta da gerada pelo corpo humano ou gravidade e que funciona pela conversão desta energia.
- 4.12.2 Materiais e artigos descartáveis São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez, de forma transitória ou de curto prazo.
- 4.12.3 Materiais e Artigos Implantáveis (OPME) são os materiais e artigos de uso médico ou odontológico destinados a serem introduzidos total ou parcialmente no organismo humano ou em orifício do corpo, ou destinados a substituir uma superfície epitelial ou superfície do olho, através de intervenção médica, permanecendo no corpo após o procedimento por longo prazo, e podendo ser removidos unicamente por intervenção cirúrgica.
- 4.12.4 Tabela de periodicidade para troca de materiais médico-hospitalares.

Conforme EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Disponível em http://www2.ebserh.gov.br/documents/1948338/2326889/7-tabela_de_recomendacoes_de_periodicidade_de_troca_de_artigos_de_uso_hospitalar_de_setembro_de_2014%5B1%5D.pdf/e78b9cb6-bdc7-474b-968a-35d6e49c7c91 e <http://novo.heufpel.com.br/wp-content/uploads/sites/5/2019/10/Frequenciadetroca.pdf>. Acesso em 27/03/2020:

ANEXO POP SCIH 037
- RECOMENDAÇÕES DE PERIODICIDADE DE TROCA DE ARTIGOS DE USO HOSPITALAR -
CCIH/SCIH - SETEMBRO/2014

Grupo	N.º	Produto/Material	Prazo de Validade	Ref.
VASCULAR	1	Cateter Vascular Central de Curta Permanência	Sem rotina estabelecida (tempo máximo de 30 dias). Trocar se: 1) Secreção purulenta no local da inserção; 2) Suspeita de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; 3) Mau funcionamento. Retirar em caso de febre sem foco definido ou exteriorização.	1
	2	Cateter Periférico de Poliuretano	96 horas, ou antes, se apresentar sinais de flebite ou infiltração. Sem rotina de troca em pacientes com acesso venoso difícil, neonatos e crianças. Acompanhar a punção diariamente e trocar na presença de sinais flogísticos. A mesma recomendação poderá ser aplicada a um paciente adulto com difícil acesso vascular periférico (ex: idoso, longo tempo de internação).	1
	3	Cateter Umbilical Venoso	No máximo 14 dias. Retirar se: 1) Secreção purulenta no local de inserção	1

		2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; 3) Mau funcionamento. Remover em no máximo 14 dias ou em prazo inferior a este em caso de complicação mecânica. Não reposicionar o cateter em caso de remoção acidental. Não utilizar o mesmo sítio para inserção de um novo cateter.	
4	Cateter Umbilical Arterial	No máximo 5 dias. Retirar-se: 1) Secreção purulenta no local de inserção; 2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; 3) Mau funcionamento. Remover em no máximo 5 dias ou em prazo inferior a este, em caso de complicação mecânica. Não reposicionar o cateter em caso de remoção acidental. Não utilizar o mesmo sítio para inserção de um novo cateter.	1
5	Cateter Arterial Periférico	No máximo 5 dias.	1
6	Cateter Swan Ganz	No máximo 5 dias.	1
7	Cateter Balão Intra-Aórtico	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
8	Cateter Central de Inserção Periférica	Não há rotina de troca estabelecida. Trocar se: 1) Manifestações locais infecciosas (punção de pus no reservatório); 2) Suspeita de IPCS com instabilidade hemodinâmica ou infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) confirmada; 3) Mau funcionamento.	1
9	Cateter Totalmente Implantado	Não há rotina de troca estabelecida. Trocar se: 1) Manifestações locais infecciosas (punção de pus no reservatório); 2) IPCS com instabilidade hemodinâmica; 3) Mau funcionamento.	1
10	Agulha de Punção do Cateter Totalmente Implantado	Manter a agulha por até 7 dias, protegida por cobertura estéril.	1
11	Cateter Semi Implantável	Não há rotina de troca estabelecida. Trocar se: 1) Secreção purulenta no túnel ou em sítio de inserção com falha do tratamento sistêmico; 2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; 3) Mau funcionamento.	1
12	Circuito de Monitorização Hemodinâmica	Trocar a cada 96 horas (transdutores).	1
13	Curativo do Cateter Venoso Central	Micropore e gaze: trocar a cada 24 horas ou antes, se apresentar sujidade, má aderência ou estiver úmido. Filme transparente: trocar a cada 7 dias, de acordo com a orientação do fabricante ou antes, se apresentar sujidade, má aderência ou sangramento.	1
14	Curativo de Acesso Venoso Periférico	Não deve ser trocado a intervalos pré-estabelecidos. Trocar imediatamente se houver suspeita de contaminação, e sempre que estiver úmido, solto, sujo ou com a integridade comprometida.	1
15	Equipo de Microgotas - Bureta	Se infusão continua trocar, no máximo, a cada 96 horas. Se infusão intermitente trocar, no máximo, a cada 24h.	3
16	Equipo para Infusão Contínua	Trocar, no máximo, a cada 96 horas.	1
17	Equipo para Infusão Intermitente	Trocar, no máximo, a cada 24 horas.	1

	18	Equipo para Nutrição Parenteral	Trocar, no máximo, a cada 24 horas.	1
	19	Equipo para Emulsões Lipídicas	Trocar, no máximo, a cada 24 horas (exceto Propofol, ver linha abaixo).	1
	20	Equipo de Propofol	Trocar o conjunto equipo + Propofol, no máximo, a cada 6 horas.	2
	21	Equipo para Infusão Contínua	Trocar a cada bolsa.	1
	22	Equipo para Infusão Intermitente	Trocar, no máximo, a cada 96 horas. A presença de sangue ou coágulo requer troca imediata.	1
	23	Equipo para Nutrição Parenteral	Trocar, no máximo, a cada 96 horas. A troca deve ser realizada juntamente com o sistema de infusão.	1
	24	Equipo para Emulsões Lipídicas	Trocar a cada manuseio.	3
RESPIRATÓRIO	25	Tubo Endotraqueal	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	26	Cânula de Traqueostomia	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	27	Fixação de TET ou TQT		3
	28	Cânula de Guedel	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	29	Cateter Nasal (Tipo Óculos e Nasofaríngeo)	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	30	Circuito de Ventilação Mecânica	Não existe período de troca pré-estabelecido.	1
	31	Sistema Fechado de Aspiração (ex:Trach-care®)	Não existe período de troca pré-estabelecido.	1
	32	Frasco de Aspiração	Trocar a cada 24h. Esvaziar e lavar a cada 6 horas ou quando atingir 2/3 de sua capacidade.	3
	33	Borracha de Aspiração	Trocar a cada 24 horas ou em período inferior, caso haja presença de sujidade grosseira.	3
	34	Ambú	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	35	Mascara de Hudson/ Venturi /Full-face/Pronga Nasal/Y	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	36	Névoa	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	37	Puritan e BAG	Trocar, no máximo, a cada 72 horas.	3
	38		Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	39	Respiron (Incentivador Respiratório)	Diária	3
	40	Curativo / Limpeza de Traqueostomia Plástica	Diária	3
	41	Curativo / Limpeza de Traqueostomia Metálica (ou filtros trocadores de calor e umidade - HME)	Trocar quando houver a troca do circuito do ventilador.	3
42	Filtro de Barreira Expiratório	Não existe período de troca pré-estabelecido (exceto Tuberculose Laringea ou Pulmonar, trocar a cada 24 horas).	3	
43	Inaladores	Trocar a cada 24 horas.	1	
URINÁRIO	44	Cateter Vesical de Demora	Não existe período de troca pré-estabelecido.	1
	45	Sistema de Drenagem Urinária	Trocar juntamente com o cateter vesical de demora.	1
	46	Sistema de Irrigação Vesical	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	47	Uropen e Coletor Aberto	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
DIVERSOS	48	Bolsa de Colostomia (Karaia)	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	49	Troca do Coletor de SNG	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	50	Troca / Fixação de SNE e SNG	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	51	Troca de Bota de Algodão / Luva de Conforto	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	52	Troca de Faixas de Contenção	Não existe período de troca pré-estabelecido.	3
	53	Lamina de Laringoscópio	Após cada uso. O artigo desinfetado e embalado tem validade de 7 dias.	3
	54	Cabo de Laringoscópio	Após cada uso. O artigo desinfetado e embalado tem validade de 7 dias.	3
REFERÊNCIAS:				

1- Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2013;

2- Bula do Propofol;

3- Consenso da Reunião da CCIH, de 04/Junho/2014.

N.º	Artigo	Periodicidade de troca	Observação
1	Ambú	Entre pacientes	Desinfecção de alto nível
2	Umificador de O2	Trocar entre pacientes	Água destilada para preenchimento
3	Frasco de aspiração	Esvaziar e higienizar após o uso. Autoclavar entre pacientes.	
4	Látex O2/aspiração	Trocar a cada 24 horas, ou em período inferior caso haja presença de sujidade grosseira.	
5	Sistema fechado de aspiração	A cada 96 horas ou quando houver sujidade ou mau funcionamento	
6	Sonda de aspiração	A cada uso	
7	Cateter de O2	12 horas **	Alternar narinas
8	Tubo endotraqueal	Sem rotina de troca estabelecida	
9	Guedel	Sem rotina de troca estabelecida	Trocar em caso de sujidade e proceder à limpeza e desinfecção entre um paciente e outro.
10	Nebulizadores	Diariamente. Uso no mesmo paciente: secar o copo e a máscara após nebulização, friccionar álcool 70% e manter protegido em saco plástico.	1) utilizar somente líquidos estéreis. 2) Possibilidade de transmissão de <i>Legionella spp</i> pelo resíduo de líquido acumulado entre procedimentos.
11	Circuitos de Ventilação Mecânica	Entre pacientes	Trocar antes se houver sujidade visível ou mau funcionamento do equipamento.
12	Filtro trocador de calor e umidade (umificador passivo)	5-7 dias	Não trocar antes de 48 horas, exceto quando saturar de secreção.
13	Tampa + manômetro frasco de aspiração	Entre pacientes	
14	Cadarço tubo endotraqueal	A cada turno	
15	Cadarço traqueostomia	A cada turno	
16	Máscara de Hudson/Venturi	Entre pacientes	Desinfecção de alto nível
17	Sonda vesical de demora	Sem rotina de troca estabelecida	Trocar em caso de dano do circuito de drenagem, obstrução da sonda, tratamento de ITU
18	Uropen	24 horas	
19	Sonda nasogástrica/Nasoenteral	Sem rotina de troca estabelecida.	Trocar em caso de obstrução ou deslocamento distal, e avaliar o aspecto da sonda.
20	Gastrostomia	Sem rotina de troca estabelecida	Avaliar troca em caso de vazamento ou obstrução.
21	Cateter venoso central*	Sem rotina de troca estabelecida	Não substituir exclusivamente em virtude do tempo de permanência. Obs.: A troca por fio-guia deve ser utilizada em complicações NÃO infecciosas.
22	Flebotomia*	Sem rotina estabelecida. Avaliar sítio de inserção	Não utilizar essa via rotineiramente
23	PICC*	Sem rotina de troca estabelecida	Trocar se: 1) Secreção purulenta no local de inserção;

			2) IPCS suspeita com instabilidade hemodinâmica ou IPCS confirmada; Mau funcionamento.
24	Cateter venoso periférico*	96 horas para adultos	Em pacientes neonatais e pediátricos não devem ser trocados rotineiramente, a menos que indicado clinicamente (flebite/infiltração). O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo quanto possível.
25	Cânula*	Junto com o sistema de infusão	
26	Extensores*	Junto com o sistema de infusão	
27	Equipos*	Infusão contínua - 96h Infusão intermitente - 24h NPT - a cada bolsa Infusão lipídica - 12 horas Hemocomponentes - a cada bolsa Propofol - 6 a 12 horas Equipo de sistema fechado de monitorização hemodinâmica e pressão arterial invasiva - 96 horas	Equipos para administração de NPT e infusões lipídicas devem ser isentos de DEHP (dietilexilftalato)
28	Microfix ou Bureta*	24 horas	
29	Cateter arterial*	5 dias	
30	Curativo de cateter venoso central*	Membrana transparente semipermeável (MTS) - até 7 dias Cobertura de gaze- até 48 h	Se a cobertura estiver solta, suja ou úmida trocar imediatamente
31	Cateter umbilical*	Arterial- 5 dias Venoso- 7 a 14 dias	
32	Swan Ganz	5 dias	
33	Agulha Huber	7 dias	

* Vide Protocolo de Prevenção e Controle da Infecção da Corrente Sanguínea Associada à Assistência à Saúde, disponível em: <http://172.20.0.4/portal/ccih/site/inicio.php?area=41>

**Exceto cateter tipo óculos, que deve ser trocado de acordo com a necessidade e avaliação do enfermeiro

4.13 CURATIVOS

Procedimento que tem como finalidade, proteger, absorver secreções, prevenir auto contaminação, promover conforto, facilitar a cicatrização podendo agir de forma bactericida ou bacteriostática em uma solução de continuidade.

Requer cuidados especiais realizados pela Equipe de Enfermagem ou pelo Médico Assistente.

Divide-se em:

- Curativo Pequeno – curativo realizado em ferida pequena com aproximadamente 16 cm², sem exsudato.
- Curativo Médio – curativo realizado em ferida média variando de 16 cm² a 36 cm², com moderado exsudação.
- Curativo de Grande Porte e Especiais - curativos grandes variando de 36 cm² a 80 cm² e extragrandes com mais de 80 cm², com grande exsudação.

Para correto pagamento dos curativos é necessário:

1. Solicitação do profissional com justificativa médica
2. Descrição da Ferida constando de:
 - Localização anatômica
 - Tamanho em cm²/diâmetro

- Profundidade em cm
 - Tipo e quantidade de tecido (granulação, epitelização, necrose, etc.)
 - Bordas (aderida, macerada, descolada, fibrótica, hiperqueratose)
 - Pele Peri-ulceral: edema, coloração, temperatura, endurecimento, flutuação, crepitação, descamação
 - Exsudato: quantidade, aspecto, odor
 - Número necessário de curativos a ser executado
3. Avaliação da Justificativa Médica pelo Serviço de Auditoria Médica da CREDENCIANTE
4. Não serão pagos os honorários médicos para Curativos e Retirada de pontos do pós-operatório, pois estão incluídos no valor da cirurgia. Os valores atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até dez dias após o ATO CIRÚRGICO
5. O pagamento de Curativos de Pequeno, Médio e Grande Porte será em conta aberta, sendo necessária descrição dos Materiais e Medicamentos em folha de gastos bem como Descrição da Ferida em Relatório de Enfermagem
6. Curativos de longa permanência do tipo Placa de Hidrocolóide, Filmes Transparentes, Placa de Alginato de Cálcio, Placa de Alginato de Prata necessitam de solicitação prévia devido a alto custo. Será pago 01 a cada 07 dias Se for necessária a realização de troca inferior a este período deverá ser justificada em relatório de enfermagem
7. O uso de Placa de Hidrocolóide para prevenção de lesões deve ser justificado. Há necessidade de descrever o tamanho da área a ser coberta para correto pagamento da placa.

4.14 Quimioterapia / Radioterapia

Nas solicitações de quimioterapia/radioterapia deverão constar:

- A definição clara do tratamento de acordo com protocolos baseados em evidências e diretrizes clínicas
- A indicação do quimioterápico antineoplásico e adjuvantes, conforme preconizado na bula do medicamento e,
- A aprovação do esquema terapêutico, conforme legislação vigente.

Nas guias de solicitação (SADT) devem constar a assinatura do paciente e o carimbo do médico e da clínica. Não serão aceitas solicitações sem data, assinatura ou carimbo

Deve haver compatibilidade na utilização de equipamentos e dispositivos adequados de acordo com a estabilidade e as características individuais de cada medicamento

Todos os dispositivos de infusão devem atender as recomendações da ANVISA, observando-se os critérios específicos de fotossensibilidades dos produtos

Deverá estar prescrito pelo médico:

- equipo livre de PVC, que minimiza a exposição do paciente ao plastificante DEHP e pode se desprender das bolsas de infusão ou dos materiais de PVC utilizados, geralmente utilizadas na infusão do TAXOL®, ERBITUX® e TORISEL®

Deverá estar prescrito pelo médico:

- equipo indicado para conectar a bomba de infusão AUTOFUSER® ou PARAGON®, que são utilizadas em medicamentos com tempo de infusão superior a 24 horas (FauldUor® ou 5FU)

Deverá estar anexo o invólucro da agulha para punção de Porth-a-Cath utilizada no atendimento

A heparinização do cateter deverá estar prescrita pelo médico

Quando for utilizado o cateter para infusão contínua é recomendado a troca da agulha a cada 8 (oito) dias; do curativo a cada 72 (setenta e duas) horas. Caso o cateter não

esteja sendo utilizado, deve-se proceder heparinização uma vez ao mês; em caso de uso, deve-se heparinizar após cada aplicação e/ou uso

Os quimioterápicos serão pagos em miligramas, de acordo com a superfície corpórea do paciente, independente do prestador

Para o pedido da primeira sessão de quimioterapia é obrigatório o envio do laudo anátomo patológico

O pagamento do uso de anticorpos monoclonais medicamentosos somente será feito com a apresentação do exame de imunohistoquímica

O médico receberá pela primeira consulta e primeiro dia de tratamento (código 20104294), assim como por uma consulta mensal para controle da continuação do tratamento

As demais sessões de quimioterapia serão pagas ao serviço de oncologia como terapia oncológica por dia subsequente (código 20104308)

Caso o paciente esteja internado e fazendo quimioterapia, o médico receberá apenas como terapia oncológica por dia subsequente (código 20104308), não receberá pela visita médica

As auditorias das contas deverão ser realizadas in loco ou na sede da CREDENCIANTE, quando da impossibilidade

NAS PRESCRIÇÕES DEVERÃO CONTER:

- Posologia e doses de acordo com o cálculo de superfície corpórea do paciente e o esquema terapêutico
- Tempo de infusão do medicamento
- Diluente utilizado na reconstituição do medicamento e diluição final para administração
- Verificação do regime antiemético, pré e pós-hidratação e outros medicamentos de suporte utilizados no tratamento



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ANEXO III - INSTRUÇÕES GERAIS
Data/Hora de Criação:	01/10/2021 14:51:56
Páginas do Documento:	48
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	49
Hash MD5:	9158637840b9cf19922bd314c0192793
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 Ten Cel JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO no dia 01/10/2021 às 11:56:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ALEXANDRE DE ARAUJO MELO no dia 04/10/2021 às 14:33:21 no horário oficial de Brasília.



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

ANEXO IV

TABELA DE VALORES HOSPITALAR

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

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

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

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

PRONTO SOCORRO

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

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

DIÁRIAS HOSPITALARES

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

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

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

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

TAXAS DE SALA

Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.323-6	Sala de Atendimento Ortopédico (sala de gesso e imobilização não gessada)	Uso	R\$88,03
60.00.037-6	Sala de curativos ambulatoriais – taxa compacta	Uso Sessão	R\$63,60
60.00.041-4	Taxa compacta de sala de imobilizações gessadas	Uso Sessão	R\$12,91
60.00.042-2	Taxa compacta de sala de imobilizações não gessadas	Uso Sessão	R\$12,91
60.03.374-6	Sala de Medicação no PS somente p/ IM e EV (até 02 horas) – exclui medicação oral	Uso	R\$44,02
60.03.371-1	Sala de Observação - Isolamento (hora subsequente)	Hora	R\$23,89
60.03.368-1	Sala de Observação - Isolamento PS (período de 6 horas)	Uso	R\$103,13
60.00.032-5	Taxa compacta de repouso no OS	Uso	R\$63,22
60.02.309-0	Taxa compacta de sala de pequenos procedimentos	Uso Sessão	R\$63,60
60.00.040-6	Taxa de Hemodinâmica	Uso	R\$503,03
60.02.307-4	Taxa de sala Cirúrgica, hora adicional	Hora	VIDE OBS
60.02.309-0	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 0	Uso – 2h	R\$315,03
60.02.310-4	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 1	Uso – 2h	R\$321,66
60.02.311-2	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 2	Uso – 2h	R\$508,80
60.02.312-0	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 3	Uso – 2h	R\$561,80
60.03.313-9	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 4	Uso – 2h	R\$678,40
60.02.314-7	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 5	Uso – 2h	R\$710,20
60.02.315-5	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 6	Uso – 2h	R\$1.022,90
60.02.316-3	Taxa de sala Cirúrgica, porte anestésico 7	Uso – 2h	R\$1.022,90
60.02.318-0	Taxa de sala Cirúrgica, recuperação pós anestésica	Uso	R\$63,60
60.02.326-0	Taxa de sala de Diálise Peritonial	Uso Sessão	R\$610,76
60.02.327-9	Taxa de sala de Emergência / Reanimação	Uso Sessão	R\$71,25
60.02.328-7	Taxa de sala de Endoscopia Digestiva Alta	Uso/Sessão	R\$265,00
60.02.331-7	Taxa de sala de Hemodiálise (Ambulatorial)	Uso Sessão	R\$350,52
60.02.296-5	Taxa de sala de inalação/nebulização	Sessão	R\$32,88
60.02.338-4	Taxa de sala de procedimento ambulatorial	Uso Sessão	R\$148,40

60.02.340-6	Taxa de sala de quimioterapia	Uso Sessão	R\$215,52
60.03.371-1	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 12 Horas	Uso – 12h	R\$125,08
60.03.367-3	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 2 horas	Uso – 2h	R\$24,99
60.03.372-0	Taxa de sala de repouso/observação PA / PS, até 6 horas	Uso – 6h	R\$95,40

OBSERVAÇÕES

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

EQUIPAMENTOS

Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.415-1	Aparelho / equipamento para artroscopia cirúrgica	Uso	R\$477,00
60.02.464-0	Aparelho de aférese	Uso	R\$265,00
60.02.468-2	Aparelho de compressão pneumática	Diária	R\$102,00
60.03.386-0	Aparelho de endoscopia urológica	Uso	R\$116,59
60.03.394-0	Aparelho de laser cirúrgico	Uso Sessão	R\$159,00
60.02.488-7	Aparelho de urodinâmica	Uso	R\$477,00
60.02.511-5	Aquecedor a seco para fluidos de infusão	Uso	R\$63,60
60.02.512-3	Arco Cirúrgico/Intensificador de Imagem	Uso	R\$254,32
60.02.515-8	Aspirador à vácuo	Uso	R\$46,64
60.02.518-2	Aspirador de catarata / facoemulsificador	Uso	R\$66,80
60.02.515-8	Aspirador elétrico	Uso	R\$54,19
60.02.523-9	Aspirador ultrassônico	Uso	R\$371,00
60.02.829-8	Balão intra aórtico	Diária	R\$178,12
60.02.624-3	Berço Aquecido	Diária	R\$73,62
60.02.549-2	Bisturi bipolar	Uso	R\$34,70
60.02.552-2	Bisturi de argônio	Uso	R\$150,52
60.02.553-0	Bisturi elétrico bipolar em neurocirurgia	Uso	R\$101,76
60.02.557-3	Bisturi ultrassônico	Uso	R\$138,90
60.02.407-0	Bomba de circulação extra corpórea	Uso	R\$111,52
60.02.566-2	Bomba de infusão	Diária	R\$63,60
60.02.571-9	Bomba de seringa	Uso Sessão	R\$63,60
60.02.573-5	Bomba de Sucção Contínua	Hora	R\$5,33
60.03.143-3	Capnógrafo	Uso	R\$53,32
60.02.642-1	Cardioversor / Desfibrilador	Uso	R\$92,22
60.02.411-9	Carrinho de Anestesia	Uso	R\$83,72
60.02.632-4	Colchão de Água	Diária	R\$20,59
60.02.633-2	Colchão de Ar	Diária	R\$20,90
60.02.638-3	Colchão térmico	Diária	R\$24,38
60.03.391-6	Craniotomo	Uso	R\$232,42
60.02.641-3	Dermátomo	Uso	R\$190,37
60.02.679-0	Estribo para tração transesquelética	Diária	R\$55,12

60.02.539-5	Fototerapia	Hora	R\$3,46
60.02.697-8	Garrote pneumático	Uso	R\$22,22
60.02.225-6	Imobilização gessada	Uso	R\$48,98
60.02.226-4	Imobilização não gessada	Uso	R\$45,86
60.02.713-4	Isolete	Diária	R\$137,01
60.02.719-3	Laser otorrino/neuro/oftalmo	Uso	R\$21,20
60.02.723-1	Lipoaspirador	Uso	R\$212,00
60.02.726-6	Litotriptor Laser (fibra exclusiva)	Uso	R\$289,25
60.02.725-8	Litotriptor pneumático (fibra exclusiva)	Uso	R\$246,31
60.02.728-2	Lupa	Uso	R\$19,63
60.02.731-2	Máquina Cell Saver	Uso	R\$95,40
60.02.615-4	Marcapasso provisório / temporário transcutâneo	Uso	R\$89,04
60.02.911-0	Microscópio cirúrgico	Uso	R\$68,41
60.02.530-1	Modelo Balão Intra Aórtico	Uso	R\$7,80
60.03.177-8	Monitor / monitorização de oxímetro - fora da UTI e CC	Uso Sessão	R\$27,92
60.03.208-1	Monitor / monitorização de PA não invasiva	Diária	R\$66,76
60.02.946-3	Monitor / monitorização intra craniana	Diária	R\$164,30
60.03.063-1	Monitor BIS	Diária	R\$72,36
60.02.922-6	Monitor cardíaco	Diária	R\$98,13
60.03.196-4	Monitor de PA Invasiva	Diária	R\$89,58
60.02.745-2	Monitor de vídeo	Uso	R\$66,76
60.03.063-1	Monitor Débito Cardíaco	Diária	R\$72,33
80.05.210-7	Nefroscópio	Diária	R\$313,36
60.03.176-0	Oxímetro (fora da UTI e Centro Cirúrgico)	Diária	R\$34,49
60.02.754-1	Perfurador Ósseo Elétrico	Uso	R\$87,09
60.02.761-4	Quadro balcânico	Diária	R\$47,70
60.02.762-2	Raios-X no centro cirúrgico	Uso	R\$99,64
60.02.774-6	Respirador BIPAP/CPAP ou Gerador de Fluxo (circuitos exclusivos)	Diária	R\$54,58
60.02.768-1	Respirador de Pressão (fora do Centro Cirúrgico)	Diária	R\$44,80
60.02.772-0	Respirador de Volume (fora do Centro Cirúrgico)	Diária	R\$48,36
60.02.795-9	Serra Elétrica no C.C.	Uso	R\$41,26
60.02.798-3	Serra pneumática	Uso	R\$24,10
60.02.829-7	Taxa de aparelho/equipamento de vitrectomia	Uso	R\$74,17
60.02.745-2	Taxa de Vídeo	Uso	R\$505,90
60.02.438-0	Taxa de Vídeo Laparoscópio Cirúrgico	Uso	R\$505,90
60.02.439-9	Taxa de Vídeo Laparoscópio Diagnóstica	Uso	R\$505,90
60.02.814-9	Taxa de Vídeo Ureteroscópio	Uso	R\$505,90
60.02.500-0	Tração Esquelética	Diária	R\$29,91
REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE			
Código	Descrição	Fator	Valor
60.00.038-4	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar)	Unidade	R\$27,56
60.00.047-3	Taxa de refeição de acompanhante (café da manhã ou café da tarde)	Unidade	R\$15,90
OBSERVAÇÕES			
As despesas com alimentação do acompanhante (café, almoço e jantar), desde que oficialmente fornecido pelo serviço de nutrição da CREDENCIADA, poderão ser incluídas na conta hospitalar nas seguintes situações:			
Para acompanhante de pacientes maiores de 60 anos (Estatuto do Idoso) e menores de 18 anos (Estatuto do menor e adolescente).			

SERVIÇOS DE ENFERMAGEM – OUTROS SERVIÇOS			
Código	Descrição	Fator	Valor
60.01.516-0	Alimentação enteral (Instalação)	Sessão	R\$23,89
60.01.519-0	Alimentação parenteral (Instalação)	Sessão	R\$36,51
60.01.527-6	Aplicação de cateter de longa permanência	Uso Sessão	R\$29,92
60.01.529-2	Aplicação de injeção IM, IV, SC, glicemia e instalação de soro fora da UTI/semi UTI e do CC	Uso Sessão	R\$10,60
6.02.189-6	Aspiração oro/traqueal intermitente, à vacuo, fora da UTI	Sessão	R\$10,60
60.02.873-4	Assistência de enfermagem no PS/Pronto Atendimento	Sessão	R\$18,87
60.01.545-4	Curativo especial (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$70,43
60.03.400-9	Curativo grande (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$38,99
60.03.403-7	Curativo Médio (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$27,68
60.03.402-5	Curativo Pequeno (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$20,12
60.02.881-5	Instalação de cateter ou máscara	Sessão	R\$17,61
60.02.881-5	Instalação de Cateter por via Periférica	Uso	R\$107,79
60.02.906-4	Instalação de soro IV	Uso Sessão	R\$5,51
60.02718-5	Irrigação Contínua	Diária	R\$23,93
60.02.278-7	Irrigação Vesical (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$36,79
60.02.242-6	Lavagem e aspiração traqueobronquica contínua, na UTI/semi UTI	Unid	R\$63,60
60.02.254-0	Lavagem gástrica (excluso material e medicamento) – fora da UTI / semi UTI e CC	Sessão	R\$32,88
60.02.272-8	Lavagem intestinal (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$32,88
60.02.278-7	Lavagem Vesical (excluso material e medicamento) - fora da uti/semi UTI e CC	Sessão	R\$32,88
60.03.350-9	Preparo de corpo em caso de óbito	Uso	R\$90,55
60.02.289-9	Retirada de pontos, imobilização ou gesso (excluso materiais e medicamentos)	Sessão	R\$20,68
60.02.345-7	Sondagem gástrica (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$29,92
60.02.363-5	Sondagem vaginal (excluso material e medicamento)	Sessão	R\$29,92
60.02.354-6	Sondagem/cateterismo nasoenteral fora da UTI/semi UTI e CC	Uso Sessão	R\$32,88
60.02.366-0	Sondagem/cateterismo vesical fora da UTI/semi UTI e CC	Uso Sessão	R\$29,92
60.02.873-4	Taxa de Assistência de Enfermagem no Pronto Socorro/Pronto Atendimento	Uso	R\$18,87
60.02.378-3	Utilização de bandeja de tricotomia	Uso	R\$8,77
60.02.388-0	Utilização de bandeja p/ punção em geral	Uso	R\$6,64
60.02.389-9	Utilização de bandeja para retirada de pontos	Uso	R\$10,81
GASOTERAPIA			
Código	Descrição	Fator	Valor
60.02.840-8	Hélio	Hora	R\$77,50
60.02.839-4	Gás carbônico	Hora	R\$29,34
60.02.852-1	Nitrogenio	Hora	R\$28,16
60.00.514-9	Ar comprimido com oxigênio no respirador/ventilador	Hora	R\$19,72
60.02.857-2	Óxido nitroso	Hora	R\$86,77
60.02.834-3	Ar comprimido	Hora	R\$16,60
60.02.859-9	Oxigênio	Hora	R\$24,17
60.02.846-7	Mistura de gases no respirador/ ventilador	Hora	R\$85,87
60.02.856-4	Óxido nítrico	Hora	R\$86,77
60.00.491-6	Gás perfluoropropano (c3f8)	Hora	R\$106,00
TERAPIAS			
Código	Descrição	Fator	Valor
60.01.002-9	Fonoaudiologia – avaliação	Sessão	R\$68,90
60.00.001-0	Fonoaudiologia – sessão	Sessão	R\$58,30
20.10.419-7	Psicologia – consulta	Sessão	R\$68,90
60.01.003-0	Nutricionista – avaliação	Sessão	R\$68,90
60.01.000-2	Terapia ocupacional – avaliação	Sessão	R\$68,90

60.00.000-8	Terapia ocupacional – tratamento	Sessão	R\$58,30
50.00.014-4	Fisioterapia – avaliação	Sessão	R\$68,90
50.00.016-0	Fisioterapia – tratamento	Sessão	R\$58,30
30.20.215-9	Laseterapia	Sessão	R\$92,22

PACOTES DE PARTO

Código	Descrição	Permanência	Valor
3.13.09.12-7	Parto via vaginal – sem honorários (apartamento ou enfermaria)	02 (dois) dias	R\$4.028,00
3.13.09.05-4	Parto cesariana – sem honorários (apartamento ou enfermaria)	03 (três) dias	R\$5.830,00
3.13.03.31-5	Curetagem com honorários (apartamento ou enfermaria)	01 (um) dia	R\$2.756,00

Composição do pacote de Parto (normal, cesárea) sem honorários Apartamento ou Enfermaria

• **Inclui:**

- o Diárias conforme tabela acima, para a mãe e recém-nascido
- o Quando ultrapassar o número previsto acima, a cobrança da internação para ambos será de acordo com os valores constantes na Tabela de
- o Itens permanentes da sala cirúrgica (Estrutura Física), filtro HEPA, fluxo laminar e focos de luz
- o Bisturi Elétrico
- o Assistência de Enfermagem
- o Equipamentos básicos inerentes ao procedimento (mesa cirúrgica, apoio, auxiliar, etc)
- o Materiais e medicamentos de rotina, usuais ao Parto Normal ou Cesárea
- o Instrumental cirúrgico esterilizado
- o 01 (um) USG obstétrico
- o 01 (um) exame do pezinho "PKU"
- o 01 (um) Teste do Pezinho Ampliado
- o 01 (um) teste da Orelhinha (Otoacústico)
- o Exame de dextro do RN
- o Exames laboratoriais (fator RH, ABO e Combs) para mãe e recém-nascido

• **Exclui:**

- o Honorários do Cirurgião, Anestesiista e Pediatra
- o Exames laboratoriais não mencionados na descrição acima
- o Transfusões de sangue e hemoderivados
- o Vacinas anti-RH
- o Fototerapia
- o Exames especializados:
 - USG Obstétrico- acima de 01 (um)
 - Raios – X
 - Tomografia
 - Tococardiografia e outros
- o Unidade de Terapia Intensiva - UTI adulto e neonatal ou Semi Intensiva – Neonatal
- o Remoções e transferências de qualquer natureza
- o Despesas de qualquer intercorrência clínica ou cirúrgica, com a mãe pré, durante e pós- parto e com o recém-nascido, durante ou após o nascimento
- o Materiais e Medicamentos importados e/ou não inerentes ao procedimento
- o Avaliação de outras equipes médicas
- o Material de uso pessoal (fraldas descartáveis, bomba de leite, protetor seio de silicone e absorventes) – por conta do beneficiário
- o Outros não previstos na inclusão

Composição do pacote de Curetagem com honorários Apartamento ou Enfermaria

• **Inclui:**

- o 01 (uma) diária. Quando ultrapassar o número previsto acima, a cobrança da internação para ambos será de acordo com os valores constantes na Tabela de Diárias e Taxas vigentes, acordada entre as partes
- o Honorários médicos (cirurgião principal, auxiliares e anestesista)
- o Materiais e medicamentos pertinentes ao procedimento;
- o Taxas de sala, equipamentos e gasoterapia (durante o ato cirúrgico).
- o Fototerapia

• **Exclui:**

- o Exames:
 - Medicina Nuclear
 - Ultrassonografia
 - Tomografia Computadorizada
 - Ressonância Nuclear Magnética

- o Hemoterapia
- o Outros não previstos na inclusão

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

PACOTES DE TESTE DO PEZINHO

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

PACOTES DE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

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

• **Inclui:**

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

• **Exclui:**

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

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

PACOTE DE ANGIORRESSONÂNCIA

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

o Contraste (independente do tipo e quantidade);

• **Exclui:**

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

• Associação de pacotes:

o Pacote principal - P1 = 100%;

o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70%;

o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70% + P3 = 50%;

o A partir do P4 = sem remuneração.

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

PACOTE DE RESSONÂNCIA CARDÍACA

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

o Honorários médicos (incluindo Cardiologista);

o Materiais: Punção periférica, Extensor e Seringa de Bomba Injetora e Conectores;

o Medicamentos, inclusive contraste;

o Taxas - Sala, equipamentos, serviços de enfermagem e administrativas;

o Gasoterapia (oxigênio, ar comprimido e óxido nítrico);

o CD + Filme;

o Sedação, se necessário (materiais, medicamentos, taxas);

o Contraste (independente do tipo e quantidade);

• **Exclui:**

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

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

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

PACOTE DE ANGIOTOMOGRAFIA

Código	Descrição	Valor
4.11.01.43-5	Angiotomografia arterial de abdome superior	R\$1.001,70
4.11.01.37-0	Angiotomografia arterial de crânio	R\$1.001,70
4.11.01.47-8	Angiotomografia arterial de membro inferior	R\$1.001,70
4.11.01.49-4	Angiotomografia arterial de membro superior	R\$1.001,70
4.11.01.45-1	Angiotomografia arterial de pelve	R\$1.001,70
4.11.01.39-7	Angiotomografia arterial de pescoço	R\$1.001,70
4.11.01.41-9	Angiotomografia arterial de tórax	R\$1.001,70
4.11.01.51-6	Angiotomografia arterial pulmonar	R\$1.001,70
4.11.01.23-0	Angiotomografia coronariana	R\$1.256,10
4.11.01.18-4	Angiotomografia de aorta abdominal	R\$1.001,70
4.11.01.17-6	Angiotomografia de aorta torácica	R\$1.001,70
4.11.01.44-3	Angiotomografia venosa de abdome superior	R\$1.001,70
4.11.01.38-9	Angiotomografia venosa de crânio	R\$1.001,70
4.11.01.48-6	Angiotomografia venosa de membro inferior	R\$1.001,70
4.11.01.50-8	Angiotomografia venosa de membro superior	R\$1.001,70
4.11.01.46-0	Angiotomografia venosa de pelve	R\$1.001,70
4.11.0140-0	Angiotomografia venosa de pescoço	R\$1.001,70
4.11.0142-7	Angiotomografia venosa de tórax	R\$1.001,70
4.11.01.52-4	Angiotomografia venosa pulmonar	R\$1.001,70

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

Exclui:

- o Honorários do Anestesista – Deve ser cobrado conforme Tabela através do código 3.16.02.27-4 – Anestesia para exames de TC.
- Associação de pacotes:
 - o Pacote principal - P1 = 100%;
 - o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70%;
 - o Pacote associado - P1 = 100% + P2 = 70% + P3 = 50%;
 - o A partir do P4 = sem remuneração.
- Valores e condições válidas para pacientes ambulatoriais (eletivos), internados e Pronto Socorro.

PACOTE RADIOTERAPIA CONFORMADA

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

PACOTES DE RADIOTERAPIA

Inclui:

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

Exclui:

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

PACOTE RADIOTERAPIA ESTEREOTÁXICA	
Descrição	Valor
Radioterapia estereotática fracionada (11 -30 Sessões)	R\$18.020,00
Radiocirurgia nível I	R\$12.614,00
Radiocirurgia nível II	R\$14.416,00
Radiocirurgia nível III	R\$16.218,00
Radioterapia estereotática Hipofracionada (1-10 Sessões)	R\$16.430,00
COMPOSIÇÃO	
PACOTES DE RADIOTERAPIA	
Inclui:	
<ul style="list-style-type: none"> · Planejamento técnico. · Estrutura: sala, serviços de enfermagem, equipamento. · Cheque filme. · Simulação tratamento. · Blocos de colimação. · Máscaras (moldes). · Aplicações de radioterapia para a região específica do pacote. · Megavoltagem. Honorários médicos.	
Exclui:	
<ul style="list-style-type: none"> · Exames adicionais ao tratamento: Tomografia Computadorizada e PET CT. · Anatomia Patológica e Imuno histoquímica. Materiais	
RADIOCIRURGIA NIVEL I (PACOTE)	
Inclui: Estrutura: (Sala, Assistência de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.	
Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares.	
RADIOCIRURGIA NIVEL II (PACOTE)	
Inclui: Estrutura: (sala, serviço de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.	
Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares.	
RADIOCIRURGIA NIVEL III (PACOTE)	
Inclui: Estrutura: (sala, serviço de enfermagem e equipamento), honorário médico, simulação de tratamento (confeção de moldes/máscara e tomografia de planejamento), planejamento técnico, dosimetria e tratamento.	
Exclui: Consulta inicial, Ressonância Magnética, Tomografia diagnóstica, PET-CT e demais exames complementares	
PACOTE IMRT	
Descrição	Valor
Cabeça e pescoço	R\$23.426,00
Próstata	R\$22.525,00
Tumores abdominais	R\$19.822,00
Tumores pélvicos	R\$19.822,00
Tumores torácicos	R\$19.822,00
Tumores cranianos	R\$21.624,00
COMPOSIÇÃO	
PACOTES DE RADIOTERAPIA	
Inclui:	
<ul style="list-style-type: none"> · Planejamento técnico. · Estrutura: sala, serviços de enfermagem, equipamento. 	

- Cheque filme.
 - Simulação tratamento.
 - Blocos de colimação.
 - Máscaras (moldes).
 - Aplicações de radioterapia para a região específica do pacote.
 - Megavoltagem.
- Honorários médicos.

Exclui:

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

PACOTE BRAQUITERAPIA

Descrição	Valor
Braquiterapia de ATD ginecológica completa (por inserção)	R\$2.342,60
Braquiterapia de ATD ginecológica de cúpula vaginal (por inserção)	R\$1.621,80

PACOTE TBI

Descrição	Valor
IRRADIAÇÃO - IRRADIAÇÃO PARA TODO CORPO	R\$16.218,00

PACOTE BIÓPSIA GUIADA POR TOMOGRAFIA

- **Inclui:**
 - Taxa de sala de procedimento até 02 horas (sala de TC);
 - Taxa de repouso pós-procedimento até 02 horas;
 - Equipamentos;
 - Gasoterapia;
 - Serviços de enfermagem;
 - Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento;
 - Honorários médicos (radiologista);
 - CD ou DVD e Filme; e
 - OPME: 01 (um) conjunto de agulhas para biópsia.

Descrição	Valor
Biópsia de Abdome guiada por TC	R\$1.511,56
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Total); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 	
Biópsia Cervical guiada por TC	R\$1.468,35
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Pescoço – partes moles, laringe, tireoide, faringe, etc); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 	
Biópsia Dorsal ou Lombar guiada por TC – por região	R\$1.394,83
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Coluna Lombar ou Torácica); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 	
Biópsia Hepática guiada por TC	R\$1.533,03
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Superior); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 	
Biópsia do Quadril guiada por TC	R\$1.375,88

<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Quadri); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 		
Biópsia de Membros Inferiores ou Superiores guiada por TC – por região		R\$1.375,88
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Segmento Apendicular); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); 		
Biópsia do Pulmão / Tórax guiada por TC		R\$1.541,24
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Tórax); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 		
Biópsia Renal guiada por TC		R\$1.583,64
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Abdome Superior); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); ○ Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades); ○ Exame painel de imunohistoquímica por CD34 (até 01 unidade); ○ Exame para imunofluorescência (até 01 unidade); 		
Biópsia Sacral guiada por TC		R\$1.375,88
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de Tomografia (TC de Coluna Sacral); ○ Anatomia patológica (até 01 unidade); 		
PACOTE BIÓPSIAS		
Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Mama guiada pó USG (unilateral)	R\$1.288,71
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de abdomem superior) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Agulha para biópsia ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.08.09-2	Core Biópsia por USG (unilateral)	R\$1.288,71
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG) ○ Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais) ○ Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Agulha para biópsia ○ Anatomia patológica (até 01 unidade) ○ Honorários médicos (radiologista) 		
Código	Procedimento	Valor
4.08.08.06-8	Agulhamento ou Estereotaxia por USG (unilateral)	R\$1.288,72
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: 		

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.08.10-6	Mamotomia por RNM (unilateral)	R\$1.518,83

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de Mamografia)
 - o Taxa de RM (RNM da Mama)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento

- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Anatomia patológica (até 01 unidade)
- o Honorários médicos (radiologista)

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.39-9	Biópsia de Enxerto Renal guiada por USG	R\$1.800,45

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de rins, ureter e bexiga)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica (até 01 unidade)
 - o Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades)
 - o Pannel de Imunohistoquímica por CD34 (até 01 unidade)
 - o Exame para Imunofluorescência (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)
- o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
3.10.05.69-1	Biópsia Hepática guiada por USG	R\$1.215,65

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de Abdomen)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica (até 01 unidade)
 - o Exame de coloração para pesquisa de microorganismos (até 04 unidades)
 - o Honorários médicos (radiologista)
- o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Parede Abdominal guiada por USG	R\$1.001,70

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Próstata Transretal guiada por USG	R\$1.957,29

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de próstata transretal)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora

- o Equipamentos inerentes ao procedimento
- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Anatomia patológica (até 12 unidades)
- o Honorários médicos (radiologista)
- o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Cervical guiada por USG	R\$928,56

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Inguinal guiada por USG	R\$906,30

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Região Subclavicular guiada por USG (unilateral)	R\$1.171,30

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Submandibular guiada por USG (unilateral)	R\$924,32

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento

- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Anatomia patológica (até 01 unidade)
- o Honorários médicos (radiologista)
- o OPME: 01 Agulha de biópsia Magnum 18Gx10cm

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Tireóide / Parótida guiada por USG	R\$1.012,30

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de órgãos superficiais)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica – exame punção por lesão (até 02 unidades)
 - o Honorários médicos (radiologista)
 - o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Tórax guiada por USG	R\$875,03

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Biópsia de Pleural guiada por USG	R\$870,26

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de Articulação guiada por USG (por articulação)	R\$941,28

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de articulação)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia

- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade)
- o Honorários médicos (radiologista)
- o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de Cisto Renal guiada por USG (unilateral)	R\$1.099,09

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de Rim)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)
 - o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de órgão ou estrutura guiada por USG (por órgão)	R\$1.034,08

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de estruturas superficiais)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica – punção por lesão (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)
 - o 01 Agulha de biópsia

Código	Procedimento	Valor
4.08.09.16-1	Punção de Líquido Pleural guiada por USG (unilateral)	R\$896,55

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Taxa de sala de procedimento até 01 hora (sala de USG)
 - o Taxa de ultrassonografia (USG de Tórax ou Mediastino)
 - o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Anatomia patológica – Cell Block (até 01 unidade)
 - o Honorários médicos (radiologista)
 - o 01 Agulha de biópsia Magnum

PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO PACIENTE COM IDADE SUPERIOR A 14 ANOS (MOBILIZAÇÃO, COLETA, CONDICIONAMENTO E HEMATOLOGIA	VALOR PACOTE R\$290.000,00
--	---------------------------------------

DOADOR	CONTEMPLA
---------------	------------------

ITENS INCLUSOS: Day Clinic Atendimento Ambulatorial	Até 01 Até 07 atendimentos
--	-------------------------------

Coleta de Células Tronco por Aférese automática	Até 2 coletas
Procedimento para passagem de Cateter Venoso Central	Até 01
Taxa de Sala Cirúrgica para passagem de cateter central	Até 01
Taxa de Equipamentos	Incluso
Gasoterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inalações)	Incluso
Assistência de Enfermagem	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos específicos:	Incluso Itens descritos
Granulokine	Até 20 frascos
SADTS:	
Exames Laboratoriais/ Tipagem:	
Exames Laboratoriais de rotina: Cálcio iônico Creatinina, Desidrogenase láctica, Fosfatase Alcalina, Fósforo, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Sódio e Uréia.	Até 4 unidades
Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B)	Até 01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR)	Até 01 unidade
Exames de Imagem:	
Eletrocardiograma	Até 02 unidade
RX de Tórax	Até 05 unidades
Radioscopia Intra-Operatória	01 unidade
Banco de Sangue:	
Tipagem Sanguínea	01 unidade
Dosagem de Células CD34+	Até 02 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i> e ou conjunto <i>WBC Cobe Spectra</i> - Coleta de células Tronco	Até 02 unidades
OPME:	
Kit Cateter venoso central (todos os tipos).	01 unidade
Honorário Médicos Equipe TMO Hematologia – Mobilização e Coleta (Adulto)	Incluso
Honorários Médicos Equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)	Incluso
RECEPTOR	
ITENS INCLUSOS:	
Diárias de Apartamento	Até 30 diárias
Diárias de UTI	Até 05 diárias
Aplicação de Células Tronco	Até 02 aplicações
Taxas de equipamentos	Uso
Gasoterapia (ar comprimido e oxigênio que poderão ser utilizados em procedimentos básicos como inalações)	Uso
Assistência de Enfermagem	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos específicos:	Incluso
Granulokine	Incluso
Thymoglobulina	Incluso
Ciclosporina ou Tacrolimus	Incluso
Micofenolato	Incluso
IMPORTANTE: O pacote contempla apenas UM dos esquemas de condicionamento abaixo que será definido pelo médico assistente responsável	
A. Esquema / Protocolo ATLANTA	
Mitexan (Mesna), Fludaramina (Fludalobbs), Ciclofosfamida (Genuxal), Bussulfano (Bussilvex)	Incluso um dos esquemas descritos
B. Esquema / Protocolo FLUDARABINA + CICLOFOSFAMIDA (intensidade reduzida)	
Mitexan (Mesna), Fludaramina (Fludalobbs), Ciclofosfamida (Genuxal), Bussulfano (Bussilvex)	Incluso um dos esquemas descritos
C. Esquema / Protocolo BULFLU Mieloablativo + THIMOGLOBULINA	

Fludaramina (Fludalobbs), Bussulfano (Bussilvex) e Thymoglobulina	Incluso um dos esquemas descritos
D. Esquema / Protocolo CICLOFOSFAMIDA + THIMOGLOBULINA	
Mitexan (Mesna), Ciclofosfamida (Genuxal), Thymoglobulina	Incluso um dos esquemas descritos
SADT: Ácido Láctico, Ácido Úrico, Albumina, Amilase, Amônia, Antibiograma Automatizado, Dosagem de Antibiótico, Bilirrubina Direta e Indireta, Citomegalovírus-quantitativo, por PCR, Cálcio Iônico, Creatinina, Desidrogenase Láctica, Fosfatase Alcalina, Gama-Glutamil Transferase, Fósforo, Hemocultura, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Proteína C Reativa, Proteínas Totais, Albumina, Globulina, Sódio, Tempo de Protombina e Tempo Tromboplastina Parcial ativada, TGO, TGP e Uréia;	Até 20 unidades
Antígenos de Aspergillus de Galactomannan, nível sérico de ciclosporina, nível sérico de Tacrolimus, PCR Pesquisa Genova Cmv;	Até 8 unidades
Tipagem Sanguínea;	01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B)	01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR)	01 unidade
PRA – Análise de Reatividade Contra Pannel de Linfócitos, Classe I e II, Soro	01 unidade
Exames de Imagem:	
Eletrocardiograma	02 unidades
RX de Tórax	02 unidades
Tomografia de seios da face	02 unidades
Tomografia de Abdômen	02 unidades
Tomografia de Tórax	02 unidades
Tomografia de Pelve	02 unidades
Radioscopia Intra-operatório	01 unidade
Fisioterapia:	
Avaliação Fisioterápica	01 unidade
Fisioterapia Respiratória	Até 60 sessões
Fisioterapia Motora	Até 60 sessões
Exercício com RPP1	Até 05 sessões
Odontologia:	
Avaliação do Odontologista	Até 01 unidade
Laserterapia para tratamento de mucosite	Até 20 sessões
Radioterapia:	
TBI- Irradiação Corporal Total – Mieloablativo ou não-mieloablativo	Até 06 sessões
Banco de Sangue:	
Concentrado de Hemácias	Até 08 unidades
Plaquetas por Aférese	Até 06 unidades
Taxa de Irradiação de componentes hemoterápicos	Até 14 unidades
Pesquisa NAT por unidade de Hemocomponente	Até 14 unidades
Filtro Bio R para deleucotização de Hemácias	Até 08 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i>	Até 06 unidades
OPME:	
Kit Cateter venoso central(todos os tipos)	01 unidade
Consultas: Durante 100 dias (D+100) estão incluídas as consultas com a equipe de Hematologia	Até D+100
Honorário Médicos da Equipe de TMO / Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão	Incluso até 33 dias
Honorário Médicos do Infectologista	Incluso até 33 dias
Honorário Médicos equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)	01 unidade
ITENS EXCLUSOS	
PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:	
Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);	
Exclui o procedimento para reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão;	
Ciclos de tratamento clínicos/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante, assim como consultas, exames e procedimentos;	
Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão);	
Exclui consultas com a equipe de hematologia após D+100 dias da alta hospitalar;	

Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto (assim como nova coleta em doador e recursos utilizados);
Atendimento de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades.

INTERNAÇÃO:

Internação por período superior a **01 diária em apartamento** para doador e superior a **30 Diárias em Apartamento** para o receptor;
Permanência em Semi-intensiva e/ou internação em UTI superior **05 diárias** (assim como recursos e honorários respectivos);

BANCO DE SANGUE:

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

Procedimentos em aférese terapêutica no receptor;

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

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

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

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

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

Infusão de leucócitos/ granulócitos;

Procedimento de Fotoférese.

SADT:

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

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

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

Anátomo-patológico.

MATERIAIS:

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

MEDICAMENTOS:

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

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

Radiofármacos.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

Refeições e demais despesas com acompanhantes.

INTERCORRÊNCIAS:

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

OBSERVAÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

**PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO PEDIÁTRICO
(MOBILIZAÇÃO, COLETA, CONDICIONAMENTO E INFUSÃO)
HEMATOLOGIA**

**VALOR PACOTE
R\$280.000,00**

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

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

A. Ciclofosfamida e Irradiação corporal total (TBI)	Incluso um dos esquemas descritos
B. Etoposide e Irradiação corporal total (TBI) + ATG	Incluso um dos esquemas descritos
C. Ciclofosfamida + ATG	Incluso um dos esquemas descritos
D. Fludarabina (25x3), TBI (1320) e Ciclofosfamida (60x2) – transplante de cordão	Incluso um dos esquemas descritos
E. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (14,5x2) + TBI (200) Haploidêntico	Incluso um dos esquemas descritos
F. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (50x2) + TBI 1200 Haploidêntico	Incluso um dos esquemas descritos
G. Fludarabina (30x3), Ciclofosfamida (50x2) + ATG – não aparentado	Incluso um dos esquemas descritos
H. Ciclofosfamida + ATG – alogênico para aplasia	Incluso um dos esquemas descritos
SADT: Ácido Láctico, Ácido Úrico, Albumina, Amilase, Amônia, Antibiógrama Automatizado, Dosagem de Antibiótico, Bilirrubina Direta e Indireta, Citomegalovírus-quantitativo, por PCR, Cálcio Iônico, Creatinina, Desidrogenase Láctica, Fosfatase Alcalina, Gama-Glutamil Transferase, Fósforo, Hemocultura, Hemograma Completo, Magnésio, Potássio, Proteína C Reativa, Proteínas Totais, Albumina, Globulina, Sódio, Tempo de Protombina e Tempo Tromboplastina Parcial ativada, TGO, TGP e Uréia;	Até 20 unidades
Antígenos de Aspergillus de Galactomannan, nível sérico de ciclosporina, nível sérico de Tacrolimus, PCR Pesquisa Genova Cmv;	Até 08 unidades
Tipagem Sanguínea;	Até 01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe I (Locus A, B)	Até 01 unidade
Tipagem HLA em média resolução – Classe II (Locus DQ, DR)	Até 01 unidade
HLA C, Teste de histocompatibilidade de média resolução, sangue total	Até 01 unidade
HLA DP	Até 01 unidade
PRA – Análise de Reatividade Contra Painel de Linfócitos, Classe I e II, Soro	Até 01 unidade
Exames de Imagem:	
Eletrocardiograma	Até 02 unidades
RX de Tórax	Até 02 unidades
Tomografia de seios da face	Até 02 unidades
Tomografia de Abdômen	Até 02 unidades
Tomografia de Tórax	Até 02 unidades
Tomografia de Pelve	Até 02 unidades
Radioscopia Intra-operatório	Até 01 unidade
Fisioterapia:	
Avaliação Fisioterápica	01 unidade
Fisioterapia Respiratória	Até 60 sessões
Fisioterapia Motora	Até 60 sessões
Exercício com RPPi	Até 05 sessões
Odontologia:	
Avaliação do Odontologista	Até 01 unidade
Laserterapia para tratamento de mucosite	Até 15 sessões
Radioterapia:	
TBI- Irradiação Corporal Total – Mieloablativo ou não-mieloablativo	Até 07 sessões
Banco de Sangue:	
Concentrado de Hemácias	Até 08 unidades
Plaquetas por Aférese	Até 06 unidades
Taxa de Irradiação de componentes hemoterápicos	Até 14 unidades

Pesquisa NAT por unidade de Hemocomponente	Até 14 unidades
Filtro Bio R para deleucotização de Hemácias	Até 08 unidades
Conjunto <i>Trima Accel</i>	Até 06 unidades
OPME:	
Kit Cateter venoso central	Até 01 unidade
Consultas: Durante 100 dias (D+100) estão incluídas as consultas com a equipe de Hematologia	Até D+100
Honorário Médicos da Equipe de TMO / Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão	Incluso
Honorário Médicos do Infectologista	Incluso
Honorário Médicos equipe da Vascular (passagem de cateter venoso central)	Incluso
Avaliações prévias: Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Pediátrica, Gastroenterologia, Dermatologia, Cardiologia	Incluso

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);

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

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

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

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

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

Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades.

INTERNAÇÃO:

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

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

BANCO DE SANGUE:

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

Procedimentos em aférese terapêutica no receptor;

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

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

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

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

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

Infusão de leucócitos/ granulócitos;

Procedimento de Fotoférese.

SADT:

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

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

Anátomo-patológico.

Punção aspirativa para coleta de Mielograma

Mielograma/ Análise de quimerismo

Imunofenotipagem (drm)

Cobertura de fish e/ ou PCR para acompanhamento de LA

Líquor

MATERIAIS:

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

MEDICAMENTOS:

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

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

Radiofármacos.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;
Refeições e demais despesas com acompanhantes.

INTERCORRÊNCIAS:

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

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes pediátricos que tiverem indicação de transplante de medula óssea alogênico (o pacote não contempla TMO Alogênico em pacientes adultos);
O pacote terá início a partir do momento da internação para TMO e não contempla atendimentos, consultas, procedimentos, recursos, honorários e internações prévias (doador e receptor);

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

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

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

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

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

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

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

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

ITENS INCLUSOS

Diárias em Apartamento	Até 22 diárias
Diárias em UTI	Até 02 diárias
Aplicação de Células Tronco	Até 01 aplicação
Taxa de Equipamentos	Uso
Gasoterapia	Uso
Assistência de Enfermagem	Incluso
Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamentos comuns inerentes ao procedimento	Incluso
Medicamento específico Granulokine	Incluso
Imipenem	Incluso
Implante de Cateter Central e itens inerentes, bem como HM Vascular e cateter	Incluso
Exame para verificar posicionamento de cateter	Incluso
Monitoramento Farmacocinética Bussulfano HIAE	Incluso
Laserterapia para prevenção/ tratamento de mucosite	Até 10 sessões
IMPORTANTE: Incluso um dos esquemas de condicionamento descrito:	
B. Grupo SNC/ Retino:	
B1. Esquema Carboplatina – Etoposide – Tiotepa	
C- Grupo Linfoma:	
C1. Esquema BEAM: carmustina (Becenum), citarabina (Aracytin), etoposide (Eunades)	
E- Grupo TCG:	
E1. Esquema Carboplatina – Etoposide	
SADTS:	
Exames laboratoriais de rotina (hemograma, Na, K, Ur, Creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas, glicose, AC, Urico, cloro, gasometria venosa, Ca, fósforo, magnésio, albumina, proteína total, fosfatase alcalina, Gama-GT, colesterol total e frações, lipídeos, triglicérides, PCR, hemocultura – até 15, swab)	Incluso
Avaliação Fisioterápica	Até 01 unidade
Fisioterapia respiratória	Até 50 sessões
Fisioterapia motora	Até 50 sessões

Banco de Sangue: Congelamento de células Tipagem sanguínea Concentrado de Hemáceas Plaquetas por Aférese Taxa de irradiação de componentes hemoterápicos Pesquisa NAT por unidade de hemocomponente Filtro Bio-R para deleucotização de hemáceas Conjunto <i>Trima Accel</i>	Incluso Até 01 unidade Até 04 unidades Até 06 unidades Até 10 unidades Até 30 unidades Até 04 unidades Até 06 unidades
Consultas: O pacote inclui as consultas de equipe de Hematologia realizadas até 20 dias após a alta da internação do paciente referente à infusão da medula óssea.	Até 20 dias pós-alta
Honorários médicos da equipe de TMO/ Hematologia (adulto) durante o período de internação para infusão (até 24 diárias)	Incluso
Honorários médicos do Infectologista durante o período de internação para infusão (até 24 diárias)	Incluso

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão);
Ciclos de tratamento clínico/ poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante.
Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão);

Consultas pré-transplante com a equipe Hematologia (estão exclusas as consultas pré-mobilização, coleta e pré-internação para infusão da medula);
Consultas pós-transplante superiores a 20 dias da alta para infusão da medula óssea (estão exclusas as consultas no período superior a 20 dias pós-alta da primeira internação para infusão);
Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto;
Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades;
1ª fase (mobilização) e 2ª fase (coleta).

INTERNAÇÃO:

Internação por período superior a **22 Diárias em Apartamento**;
Internação por período superior a **02 Diárias em UTI**;
Permanência em Semi-intensiva (e honorários respectivos);

BANCO DE SANGUE:

Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade da utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobradas através da tabela atualmente contratada;
Procedimentos em aférese terapêutica;
Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão;
Exames complementares (fenotipagem Rh/ outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos);
Conjunto *WBC Cobe Spectra e/* ou conjunto *Spectra Optia* para coleta de células-tronco;
Conjunto *Spectra Optia* para realização de plasmáfereze terapêutica;
Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas);

SADT:

SDAT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões, exame de reestadiamento da doença de base tais como tomografias, biópsia de medula óssea, ressonância nuclear magnética ou PET-CT;
Sessões de diálise;
Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão);
Radioterapia Corporal Total (TBI);
Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo-patológicos nas amostras correspondentes;
Anátomo-patológico;

MATERIAIS:

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

MEDICAMENTOS:

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

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

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

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

INTERCORRÊNCIAS:

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

OBSERVAÇÕES GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

**PACOTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO PEDIÁTRICO
(FASE DE MOBILIZAÇÃO + COLETA)**

**VALOR PACOTE
R\$38.000,00**

ITENS INCLUSOS

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

ITENS EXCLUSOS

PROCEDIMENTOS E HONORÁRIOS MÉDICOS:

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

INTERNAÇÃO/ ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS:

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

BANCO DE SANGUE:

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

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

SADT:

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

Laserterapia para Mucosite;
 Anátomo patológico;
 Sessões de diálise;
 Fisioterapia durante período de 24 horas (manhã, tarde e noite);
 Radioterapia.

MATERIAIS:

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

MEDICAMENTOS:

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

Em caso de falha de mobilização com fator de crescimento (Granulokine), a utilização de plerixafor (Mozobil) está excluída e será cobrada “fora do pacote”;
 Quimioterapia (exceto o descrito na inclusão);
 Vacinas e Medicções específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado.

NUTRIÇÃO:

Nutrição enteral, parenteral ou especial;

INTERCORRÊNCIAS:

Intercorrências relacionadas a mobilização e/ ou coleta.

OBSERVAÇÕES GERAIS

O pacote é válido para pacientes Pediátricos que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes adultos);
 Em caso de intercorrências, o conceito “Pacote” deixará de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes;
 Em todas as situações e se houver prolongamento de mobilização ou mudança no esquema de medicação (plerixafor/ Mozobil) será cobrado “fora do pacote” pela tabela acordada com a operadora.
 O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão).
 Caso o paciente faleça ou se houver interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta “aberta” conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora.
 O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição.

PACOTE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA - AUTÓLOGO

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

OBSERVAÇÕES

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

<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) ○ Ciclos de tratamento clínicos/poliqimioterápico de rotina anterior ao transplante ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta (exceto os descritos na inclusão) ○ Consultas pré-transplante com a equipe de Hematologia (estão exclusas as consultas pré-mobilização, coleta e pré-internação para infusão da medula) ○ Consultas pós-transplante superiores a 30 dias da alta para infusão da medula óssea (estão exclusas as consultas no período superior a 30 dias pós-alta da primeira internação) ○ Novo procedimento para TMO (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto ○ Atendimentos de Pronto Socorro após transplante e de outras especialidades ○ 1ª fase (mobilização) e 2ª fase (coleta) 	Excluso
	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada; ○ Procedimentos em aférese terapêutica; ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão; ○ Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos); ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco; ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmáfereze terapêutica; ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas); ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes 	Excluso
	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ SADT's que necessitem de autorização ou, itens não descritos nas inclusões, exames de reestadiamento da doença de base tais como Tomografias, Biópsia de Medula Óssea, Ressonância Nuclear Magnética ou PET- CT ○ Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite ○ Sessões de diálise ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) ○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- patológicos nas amostras correspondentes ○ Anátomo-patológico 	Excluso
	A partir da 21ª sessão
	Excluso
	A partir da 61ª sessão
	Excluso
	Excluso
	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPME (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor / Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado ○ Quimioterapia (exceto as descritas na inclusão). O pacote contempla apenas um dos esquemas de quimioterapia descritos na inclusão (definição conforme prescrição médica) 	Excluso
	Exclusivo
	Exclusivo

<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas). • Observações gerais: <ul style="list-style-type: none"> ○ O pacote é válido para pacientes ADULTOS que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes pediátricos) ○ Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" será mantido. Será realizada cobrança conforme pacote e, valorado a parte somente dos itens previstos, conforme não incluso ○ Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora ○ O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão) ○ Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, após a fase de infusão, a conta hospitalar será enviada em sistema de cobrança conta "pacote" conforme acordo pré-definido ○ O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
PACOTE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – AUTÓLOGO FASE MOBILIZAÇÃO + COLETA – PACIENTE ADULTO	
Descrição	Valor
Paciente Adulto – Fase de Mobilização e Coleta	R\$31.800,00
OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Esquema – Ciclofosfamida e/ou Fator de Crescimento (Granulokine®) • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Day Clinic ○ Atendimentos ambulatoriais ○ Coleta de Medula Óssea ○ Taxas de equipamentos ○ Gasoterapia ○ Serviços de Enfermagem ○ Colocação, remoção ou reimplante de cateter central e demais inerentes ao procedimento ○ Materiais inerentes ao procedimento ○ Medicamentos comuns inerentes ao procedimento • Medicamentos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterápico – CICLOFOSFAMIDA ○ Quimioterápico – Granulokine® • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dosagem de células CD34+ ○ Conjunto Trima Accel® (ref. 80450) e/ou conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) - coleta de células-tronco • Honorários: <ul style="list-style-type: none"> ○ Equipe TMO Hematologia – Mobilização e Coleta adulto, equipe da Cirurgia Vascular e Anestesia • Exclui: 	<p>Até 01 (um) Day Clinic</p> <p>Até 07 (sete) atendimentos</p> <p>Até 02 (duas) coletas</p> <p>Uso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 07 (sete) frascos</p> <p>Até 20 (vinte) frascos</p> <p>Até 03 (três) unidades</p> <p>Até 02 (duas) unidades</p> <p>Incluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) ○ Atendimentos de Pronto Socorro ○ Este pacote não inclui a 3ª fase (infusão) ○ Em caso de necessidade de terceira coleta por contagem insuficiente de células nas duas coletas já incluídas, o procedimento, materiais, medicamentos e honorários médicos serão cobrados "fora do pacote" ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta (equipe médica) ○ Consultas pré e pós mobilização e coleta ○ Colocação, remoção ou reimplante de cateter central e demais procedimentos não descritos na inclusão; (INCLUIR) ○ Ciclos de tratamento clínicos/poliquimioterápico de rotina anterior ao transplante ○ Procedimentos relacionados à infusão da medula óssea ○ Outros procedimentos não previstos 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Internação / Atendimentos ambulatoriais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a Meia Diária em Apartamento (Day Clinic) ○ Tempo de permanência superior ao descrito na inclusão, internações em UTI e semi-intensiva (e honorários) ○ Tempo de permanência além do previsto na inclusão ○ Atendimentos ambulatoriais superior a 07 atendimentos. 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Superior a 07 (sete) atendimentos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes (havendo necessidade de utilização, serão cobrados "fora do pacote" através da tabela atualmente contratada) ○ Taxa de Irradiação de hemocomponentes ○ Exames Complementares de Banco de Sangue (Fenotipagem Rh/sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ SADT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões, exame de reestadiamento da doença de base tais como tomografias, biópsia de medula óssea, ○ Laserterapia para Mucosite ○ Anátomo patológico ○ Sessões de diálises ○ Fisioterapia durante período de 24 horas (manhã, tarde e noite) ○ Radioterapia 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) exceto quando mencionados na inclusão 	<p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como : albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina / tazobactam), antivirais (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor/Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera®/demais anticorpos monoclonais (ex.Zenapax®/Daclisumab) e medicamentos importados ○ Em caso de falha de mobilização com fator de crescimento (Granulokine®), a utilização de plerixafor (Mozobil®) está excluída e será cobrada "fora do pacote" ○ Quimioterapia (exceto o descrito na inclusão) ○ Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	<p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	<p>Excluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> o Intercorrências: o Intercorrências relacionadas a mobilização e/ou coleta • OBSERVAÇÕES GERAIS: o O pacote é valido para pacientes ADULTOS que tiverem indicação de transplante de medula óssea Autólogo (o pacote não contempla TMO Autólogo em pacientes pediátricos) o Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes o Em todas as situações e se houver prolongamento de mobilização ou mudança no esquema de medicação (plerixafor/Mozobil®) será cobrado "fora do pacote" pela tabela acordada com a operadora o O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (somente os descritos na inclusão) o Caso o paciente faleça ou se houver interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas, o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como conta "aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	Excluso
--	---------

PACOTE NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA – CÁLCULO ÚNICO – 1ª APLICAÇÃO

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.24-0	Nefrolitotripsia extracorpórea – 1ª sessão	R\$2.665,90

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala ambulatorial - Litotripsia Extracorpórea o Equipamentos (litotridor) o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de Enfermagem o Honorários Médicos do médico responsável (LECO) • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) o Consultas pré e pós-procedimento o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-procedimento o Códigos AMB/TUSS/CBHPM não mencionados na inclusão o Procedimentos Cirúrgicos de qualquer natureza (incluindo Ureterolitotripsias) o Outros procedimentos não previstos • Internação: <ul style="list-style-type: none"> o Internação em apartamento ou enfermaria o Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> o Taxas de equipamentos específicos, não inerentes ao procedimento e, não descritos na inclusão • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- procedimento (exceto quando descrito na inclusão) 	<ul style="list-style-type: none"> Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Anátomo Patológico, Citopatológico, Imunohistoquímica e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Sessões de diálise 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Radioterapia 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o OPMEs (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) não inerentes ao procedimento 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Quimioterápicos e adjuvantes o Medicamentos de alto custo o Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> o Complicações ou intercorrências 	Excluso

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

PACOTE NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA – REAPLICAÇÃO (ATÉ 3 MESES)

Código	Procedimento	Valor
3.11.01.25-9	Nefrolitotripsia extracorpórea – Reaplicação	R\$1.633,46
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala ambulatorial - Litotripsia Extracorpórea o Equipamentos (litotridor) o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de Enfermagem o Honorários Médicos do médico responsável (LECO) 	<ul style="list-style-type: none"> Inclui Inclui Inclui Inclui Inclui Inclui 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) o Consultas pré e pós-procedimento o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-procedimento o Códigos AMB/TUSS/CBHPM não mencionados na inclusão o Procedimentos Cirúrgicos de qualquer natureza (incluindo Ureterolitotripsias) o Outros procedimentos não previstos 	<ul style="list-style-type: none"> Exclui Exclui Exclui Exclui Exclui Exclui 	

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

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

PACOTE DE TRANSPANTE RENAL – RECEPTOR ADULTO – DOADOR VIVO

Código	Descrição	Valor
3.15.06.01-1	Transplante renal	R\$72.981,00

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias em apartamento ○ Diárias em UTI ○ Diária em isolamento ○ Taxa de sala cirúrgica ○ Sessão de Hemodiálise ○ Taxas de equipamentos inerentes ao procedimento 	<p>Até 08 (oito) diárias</p> <p>Até 02 (duas) diárias</p> <p>Até 01 (uma) diária</p> <p>Até 06 (seis) horas</p> <p>Até 02 (duas) Sessões</p> <p>Uso</p>

o Gasoterapia	Uso
o Serviços de Enfermagem	Incluso
o Materiais inerentes ao procedimento	Incluso
o Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos)	Incluso
• Medicamentos específicos:	
o Micofenolato (conforme prescrição médica)	Incluso até 09 (nove) dias
o Timoglobulina (conforme prescrição médica)	Incluso até 03 (três) dias
o Tacrolimus (conforme prescrição médica)	Incluso até 09 (nove) dias
• SADT (inclui relação descrita abaixo durante o período de internação):	
o Hemograma	Incluso
o Sódio	Incluso
o Potássio	Incluso
o Uréia	Incluso
o Creatinina	Incluso
o Dosagem de Tacrolimus (01 a cada 03 dias)	Incluso
o Ácido Láctico	Até 03 unidades
o Cloro	Incluso
o Desidrogenase Láctica	Incluso
o Fósforo	Incluso
o Gasometria	Incluso
o Hematócrito	Incluso
o Hemoglobina	Incluso
o Magnésio	Incluso
o Proteína C Reativa	Incluso
o Urina I	Incluso
o Eletrocardiograma – ECG	Incluso
o Raios-X de Tórax	Até 01 (uma) unidade
o USG com Doppler Renal	Até 02 (duas) unidades
o Avaliação Fisioterápica	Até 01 (uma) unidade
o Fisioterapia Respiratória	Até 01 (uma) unidade
o Fisioterapia Motora	Até 20 (vinte) unidades
• Banco de sangue:	Até 20 (vinte) unidades
o Tipagem sanguínea	
• OPME:	
o Dreno de Blake	Até 02 (duas) unidades
o Reservatório	
• Honorários:	
o Honorários médicos da equipe de nefrologia clínica (durante o período de internação para o transplante)	
o Honorários médicos da equipe cirúrgica (transplante renal)	
o Honorários médicos da equipe de anestesia (transplante renal)	
• Exclui:	
o Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão)	Incluso (durante o período de internação de 09 dias)
o Acompanhamento e procedimentos pós-alta	Incluso
o Consultas pré e pós-transplante	Incluso
o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades	Excluso
o Procedimentos com códigos CBHPM não mencionados na inclusão	Excluso
o Outros procedimentos não previstos	Excluso
• Internação:	
o Apartamento	Excluso
o Internação por período superior a 02 (duas) diárias em UTI	Excluso
	Excluso
	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Internação por período superior a 01 (uma) diária em isolamento 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Internação em Semi-Intensiva 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Hemocomponentes não descritos na inclusão. Havendo necessidade de utilização, serão cobrados através da tabela atualmente contratada 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Procedimentos em aférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Bolsa para congelamento de hemocomponentes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Sessões de diálise acima da quantidade descrita na inclusão (inclui até 02 sessões de hemodiálise) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Sessões de diálise pós-transplante serão cobradas à parte (hemodiálise ou diálise peritoneal) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Radioterapia Corporal Total (TBI) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo-patológicos nas amostras correspondentes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o Cateter Duplo J e demais OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão. 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperacilina/tazobactam), antivirais (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera®/demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax®/Daclisumab) e medicamentos importados; 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Thimoglobulina®/ imunossupressores (acima do descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrência sem rejeição: <ul style="list-style-type: none"> o Intercorrências relacionadas ao transplante (infeciosas, cirúrgicas, clínicas e rejeição) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Caso ocorra suspeita de rejeição aguda para diagnóstico (Biópsia Renal Guiada sob anestesia geral no Centro Cirúrgico com microscopia óptica imunofluorescência e pesquisa de C4D) será cobrado à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Nos casos confirmados de rejeição aguda celular será cobrado à parte a mudança no esquema de imunossupressão (Solumedrol e Timoglobulina) 	Excluso
	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Nos casos confirmados de rejeição aguda humoral (C4D na biópsia) com indicação de Plasmaferese e ampliação do esquema de imunossupressão (Solumedrol e Rituximab) será cobrado à parte o Pacientes portadores de Glomérulo Esclerose segmentar e focal com recidiva precoce pós transplante, será necessário mudança do esquema de imunossupressão e plasmaferese, o qual será cobrado à parte o Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de anti-biototerapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de anti-biototerapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de anti-biototerapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Observações gerais: <ul style="list-style-type: none"> o Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes o Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora o O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (somente os descritos na inclusão) o Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada e sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	
PACOTE NEFRECTOMIA CONVENCIONAL EM DOADOR VIVO	
Código	Procedimento
3.11.01.19-4	Nefrectomia unilateral em doador vivo
Valor	
R\$23.585,00	
OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diária em apartamento o Taxa de sala cirúrgica o Taxas de equipamentos no centro cirúrgico o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia no Centro Cirúrgico o Serviços de Enfermagem • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Tipagem sanguínea o Avaliação Fisioterapia o Fisioterapia Respiratória o Fisioterapia Motora o Avaliação fonoaudiologia • OPMEs: <ul style="list-style-type: none"> o Clip de Polímero • Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Equipe cirúrgica (principal e auxiliares) o Anestesista (principal e auxiliares) • Exclui: • Honorários e Procedimentos Médicos: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão) o Consultas pré e pós-operatória o Acompanhamento e procedimentos pós-alta o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-cirúrgico o Códigos CBHPM não mencionados na inclusão o Outros procedimentos não previstos • Internação: <ul style="list-style-type: none"> o Internação em apartamento por período superior a 04 Diárias em apartamento/enfermaria o Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários) 	<ul style="list-style-type: none"> Até 04 (quatro) diárias Até 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) avaliação Até 12 (doze) sessões Até 12 (doze) sessões 01 (uma) avaliação Até 02 (duas) unidades Incluso Incluso Excluso Excluso Excluso Excluso Excluso Excluso A partir da 5ª (quinta) diária Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Tempo de sala cirúrgica superior a 04 horas • Taxas: <ul style="list-style-type: none"> o Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão o Taxa e/ou materiais de videocirurgia, neuronavegador, potencial evocado, aspirador ultrassônico • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão) • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) o Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) o Sessões de diálise o Radioterapia • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais), não inerentes ao procedimento e, não mencionados na inclusão • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Quimioterápicos e adjuvantes o Medicamentos de alto custo o Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição enteral, parenteral ou especial. • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> o Complicações, intercorrências e reoperações 	<p>A partir da 5ª (quinta) hora 30% sobre o porte de sala conforme tabela acordada</p> <p>Excluso</p>
---	--

• **Observações Complementares:**

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

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

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

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

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

o O pacote contempla apenas serviços próprios

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

o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas.

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

PACOTE NEFRECTOMIA POR VÍDEO EM DOADOR VIVO		
Código	Procedimento	Valor
3.11.01.58-5	Nefrectomia unilateral por videolaparoscopia em doador vivo	R\$35.828,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diária em apartamento o Taxa de sala cirúrgica 	<p>Até 04 (quatro) diárias</p> <p>Até 05 (cinco) horas</p>	

o Taxas de equipamentos no centro cirúrgico	Incluso
o Materiais e medicamentos inerentes ao procedimento	Incluso
o Gasoterapia no Centro Cirúrgico	Incluso
o Serviços de Enfermagem	Incluso
• SADT:	
o Tipagem sanguínea	01 (uma)
o Avaliação Fisioterapia	01 (uma) avaliação
o Fisioterapia Respiratória	Até 12 (doze) sessões
o Fisioterapia Motora	Até 12 (doze) sessões
o Avaliação fonoaudiologia	01 (uma) avaliação
• OPMEs:	
o Agulha de veress	Até 01 (uma) unidade
o Trocater 12mm	Até 01 (uma) unidade
o Gelport	Até 01 (uma) unidade
o Clips Polímero Hemolok (cargas)	Até 03 (três) unidade
o Liga clip LT200	Até 01 (uma) unidade
o Liga clip LT300	Até 01 (uma) unidade
o Tesoura Ultrassônica	Até 01 (uma) unidade
• Honorários Médicos:	
o Equipe cirúrgica (principal e auxiliares)	
o Anestesista (principal e auxiliares)	Incluso
• Exclui:	Incluso
• Honorários e Procedimentos Médicos:	
o Honorários Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão)	
o Consultas pré e pós-operatória	Excluso
o Acompanhamento e procedimentos pós-alta	Excluso
o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-cirúrgico	Excluso
o Códigos CBHPM não mencionados na inclusão	Excluso
o Outros procedimentos não previstos	Excluso
• Internação:	Excluso
o Internação em apartamento por período superior a 04 Diárias em apartamento/enfermaria	
o Internações em UTI, UCO, UCG, Semi Intensiva (e honorários)	
o Tempo de sala cirúrgica superior a 05 horas.	A partir da 5ª (quinta) diária
	Excluso
• Taxas:	A partir da 6ª (sexta) hora
o Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão	
o Taxa e/ou materiais de videocirurgia, neuronavegador, potencial evocado, aspirador ultrassônico	Excluso
• Banco de sangue:	Excluso
o Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão)	
• SADT:	Excluso
o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão)	
o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão)	Excluso
o Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão)	Excluso
o Sessões de diálise	Excluso
o Radioterapia.	Excluso
• Materiais:	Excluso
o OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão.	Excluso
• Medicamentos:	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o Quimioterápicos e adjuvantes o Medicamentos de alto custo o Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> o Complicações, intercorrências e reoperações 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Complementares: <ul style="list-style-type: none"> o Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes o Em todas as situações, desde que não tenha havido intercorrência, se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes o Foi estabelecido um tempo padrão de utilização de sala cirúrgica específica para cada procedimento. Nos casos em que houver necessidade de tempo de sala cirúrgica adicional, será cobrado um excedente de 30% sobre o valor relacionado ao porte de sala cirúrgica pequena, média ou grande conforme tabela acordada o Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado o Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta o O pacote contempla apenas serviços próprios o Caso o paciente venha a óbito ou houver interrupção do tratamento por qualquer motivo a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta aberta conforme tabela acordada sem prejuízo do que foi faturado e enviado pela operadora o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas o Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como “conta aberta” até ocorrerem novas negociações de composição 	

PACOTE TRANSPLANTE RENAL - RECEPTOR ADULTO – DOADOR FALECIDO

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

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Diárias em Apartamento o Diárias em UTI o Taxa de sala cirúrgica o Sessão de Hemodiálise o Taxas de equipamentos o Gasoterapia o Serviços de Enfermagem o Materiais inerentes ao procedimento o Medicamentos comuns inerentes ao procedimento (exceto itens excluídos) • Medicamentos específicos: <ul style="list-style-type: none"> o Micofenolato (conforme prescrição médica) o Timoglobulina (conforme prescrição médica) o Tacrolimus (conforme prescrição médica) • SADTs (durante o período de internação): <ul style="list-style-type: none"> o Hemograma o Sódio o Potássio o Uréia o Creatinina o Dosagem de Tacrolimus (01 a cada 03 dias) o Ácido Láctico o Cloro 	<p>Até 17 (dezesete) diárias</p> <p>Até 02 (duas) diárias</p> <p>Até 06 (seis) horas</p> <p>Até 05 (cinco) sessões</p> <p>Uso</p> <p>Uso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 19 (dezenove) dias</p> <p>Até 04 (quarto) dias</p> <p>Até 19 (dezenove) dias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Até 06 (seis) unidades</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>

o Desidrogenase Láctica	Incluso
o Fósforo	Incluso
o Gasometria	Incluso
o Glicose	Incluso
o Hematócrito	Incluso
o Hemoglobina	Incluso
o Magnésio	Incluso
o Proteína C reativa	Incluso
o Urina I	Incluso
o Eletrocardiograma	Até 02 (duas) unidades
o RX de Tórax	Até 03 (três) unidades
o USG com Doppler Renal	Até 02 (duas) unidades
o Avaliação Fisioterápica	Até 01 (uma) unidade
o Fisioterapia respiratória	Até 50 (cinquenta) unidades
o Fisioterapia motora	Até 50 (cinquenta) unidades
• Banco de sangue:	
o Tipagem sanguínea	Até 02 (duas) unidades
o Concentrado de Hemácias	Até 03 (três) unidades
• OPMEs:	
o Dreno de Blake com reservatório	Até 01 (uma) unidade
o Cateter Duplo J	Até 01 (uma) unidade
• Honorários Médicos:	
o Honorários médicos da equipe de nefrologia clínica (durante o período de internação para o transplante	Incluso (durante o período de internação até 19 (dezenove) dias)
o Honorários médicos da equipe cirúrgica (transplante renal) – Cirurgião Principal, Auxiliares e Instrumentador	Incluso
o Honorários médicos da equipe de anestesia (transplante renal) – Anestesiista Principal e Auxiliar	Incluso
• Exclui:	
• Procedimentos e Honorários Médicos:	
o Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão)	Excluso
o Acompanhamento e procedimentos pós-alta	Excluso
o Consultas pré e pós-transplante	Excluso
o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades	Excluso
o Códigos CBHPM não mencionados na inclusão	Excluso
o Outros procedimentos não previstos.	Excluso
• Internação:	
o Internação por período superior a 17 Diárias em Apartamento	Excluso a partir da 18ª (décima oitava) diária
o Internação por período superior a 02 Diárias em UTI	Excluso a partir da 3ª (terceira) diária
o Permanência em Semi-Intensiva (e honorários respectivos)	Excluso
• Banco de sangue:	
o Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada	Excluso
o Procedimentos em aférese terapêutica	Excluso
o Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão	Excluso
o Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos)	Excluso
o Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco	Excluso
o Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica	Excluso
	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes. 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> ○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-operatório (exceto quando descrito na inclusão) ○ Sessões de diálise acima da quantidade descrita na inclusão (inclui até 05 sessões de hemodiálise) ○ Sessões de diálise pós-transplante serão cobradas à parte (hemodiálise ou diálise peritoneal) ○ Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) ○ Radioterapia Corporal Total (TBI) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- patológicos nas amostras correspondentes 	Excluso a partir da 6ª (sexta) sessão
<ul style="list-style-type: none"> ○ Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ○ OPME's (órteses, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina/tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados; serão cobrados conforme acordo contratual 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Thimoglobulina®/ imunossupressores (acima do descrito na inclusão) ○ Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências / Rejeição: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas, clínicas e rejeição) ○ Caso ocorra suspeita de rejeição aguda para diagnóstico (Biópsia Renal Guiada sob anestesia geral no Centro Cirúrgico com microscopia óptica imunofluorescência e pesquisa de C4D) será cobrado à parte ○ Nos casos confirmados de rejeição aguda celular será cobrado à parte a mudança no esquema de imunossupressão (Solumedrol e Timoglobulina) ○ Nos casos confirmados de rejeição aguda humoral (C4D na biópsia) com indicação de Plasmaferese e ampliação do esquema de imunossupressão (Solumedrol e Rituximab) será cobrado à parte ○ Pacientes portadores de Glomérulo Esclerose segmentar e focal com recidiva precoce pós transplante, será necessário mudança do esquema de imunossupressão e plasmaferese, o qual será cobrado à parte ○ Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibioticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes portadores de Glomérulo Esclerose segmentar e focal com recidiva precoce pós transplante, será necessário mudança do esquema de imunossupressão e plasmaferese, o qual será cobrado à parte ○ Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibioticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibioticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pacientes que desenvolverem quadro infeccioso que necessitem de antibioticoterapia prolongada será cobrada à parte 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Gerais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes ○ Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora ○ O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão) ○ Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada E sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora ○ O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas ○ O pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	Excluso

o Magnésios	Até 17 (dezesete) unidades
o Potássio	Até 17 (dezesete) unidades
o Plaquetas	Até 17 (dezesete) unidades
o Sódio	Até 17 (dezesete) unidades
o Tempo de Protrombina	Até 17 (dezesete) unidades
o Tempo de Protrombina Ativada	Até 17 (dezesete) unidades
o Urina Tipo I	Até 17 (dezesete) unidades
o TGO / TGP	Até 17 (dezesete) unidades
o Proteína C Reativa	Até 17 (dezesete) unidades
o Gamat GT	Até 17 (dezesete) unidades
o Hemoculturas	Até 17 (dezesete) unidades
• Banco de sangue:	Até 08 (oito) unidades
o Tipagem sanguínea	
o Unidade de concentrado de hemácias	Até 02 (duas) unidades
o Unidade de plasma fresco congelado	Até 06 (seis) unidades
o Unidade de Crioprecipitado	Até 04 (quatro) unidades
o Unidade de Plaquetas	Até 02 (duas) unidades
o Cell saver	Até 10 (dez) unidades
• OPME:	Incluso
o Grampeador Echelon 60mm	
o Cargas brancas para grampeador Echelon	Até 01 (uma) unidade
o Dreno de Blake + reservatório	Até 02 (duas) unidades
• Honorários médicos:	Até 01 (uma) unidade
o Equipe cirúrgica (Cirurgião Principal, Auxiliares, Instrumentador, Anestesiologista Principal e Auxiliares)	
o Consulta pós alta	Incluso
o Equipe UTI (Plantonista e Diarista)	Incluso 01 (uma) consulta
• Exclui:	Até 07 (sete) diárias
• Procedimentos e Honorários Médicos:	
o Honorários Médicos de qualquer natureza (exceto os descritos na inclusão)	
o Acompanhamento e procedimentos pós-alta	Excluso
o Consultas pré e pós-transplante (exceto a descrita na inclusão)	Excluso
o Procedimentos não mencionados na inclusão	Excluso
o Novo procedimento para Transplante (retransplante) em caso de recidiva ou falha de pega do enxerto (assim como recursos utilizados)	Excluso
o Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós transplante e de outras especialidades	Excluso
• Internação / Taxas:	Excluso
o Internação por período superior a 10 (dez) Diárias em Apartamento	
o Internação por período superior a 07 (sete) Diárias em UTI	Excluso
o Permanência em Semi-Intensiva (e honorários respectivos)	Excluso
o Taxa de sala cirúrgica superior a 10 horas	Excluso
• Banco de sangue:	Excluso - pago conforme contrato
o Hemocomponentes que possam exceder ao descrito na inclusão. Havendo necessidade de utilização de quantidades superiores à estipulada no pacote, serão cobrados através da tabela atualmente contratada	
o Procedimentos em aférese terapêutica	Excluso
o Taxa de Irradiação de hemocomponentes acima do descrito na inclusão	Excluso
o Exames complementares (fenotipagem Rh/outros sistemas, painel de hemácias, painel enzimático, painel a frio, eluato, titulação de anticorpos)	Excluso
o Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco	Excluso
o Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica	Excluso
o Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas)	Excluso
o Bolsa para congelamento de hemocomponentes	
• SADT:	Excluso
	Excluso

<ul style="list-style-type: none"> o SADT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões (e/ou acima da quantidade mencionada) o Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite o Sessões de diálise peritoneal, hemodiálise ou prisma (exceto a quantidade descrita na inclusão) o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) o Radioterapia Corporal Total (TBI) o Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- <ul style="list-style-type: none"> o Anátomo-patológico acima do descrito na inclusão, congelação, Imunoperoxidase e Imunohistoquímica • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor / Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Imunoglobulina como Hbig (Hepatec), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab), solução de Belzer e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela acordada o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado o Quimioterapia • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição Parenteral ou Especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> o Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas). 	Excluso	
<ul style="list-style-type: none"> o SADT's que necessitem de autorização ou itens não descritos nas inclusões (e/ou acima da quantidade mencionada) o Laserterapia para prevenção/tratamento de mucosite o Sessões de diálise peritoneal, hemodiálise ou prisma (exceto a quantidade descrita na inclusão) o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) o Radioterapia Corporal Total (TBI) o Procedimentos invasivos por complicações durante ou após o transplante: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- <ul style="list-style-type: none"> o Anátomo-patológico acima do descrito na inclusão, congelação, Imunoperoxidase e Imunohistoquímica • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), plerixafor / Mozobil®, quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Imunoglobulina como Hbig (Hepatec), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab), solução de Belzer e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela acordada o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado o Quimioterapia • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Nutrição Parenteral ou Especial • Intercorrências: <ul style="list-style-type: none"> o Intercorrências relacionadas ao transplante (infecciosas, cirúrgicas ou clínicas). 	Excluso	
<ul style="list-style-type: none"> • Observações Gerais: <ul style="list-style-type: none"> o O pacote terá início a partir do momento da internação para Transplante hepático e não contempla atendimentos, consultas, procedimentos, recursos, honorários e internações prévias o O pacote é válido para pacientes com classificação igual ou menor a 28 pelo Score Meld, sem histórico de cirurgia prévia e que não apresente trombose de veia porta. Procedimentos indicados a pacientes com classificação Meld de 29 a 35, serão enquadrados no pacote 2, com composição específica para esta classificação o O pacote exclui pacientes com histórico de cirurgia prévia e/ou com diagnóstico de trombose de veia porta. Nestes casos, a conta será tratada de forma "aberta" o O pacote compreende o transplante de fígado de doador falecido para um único receptor (transplante ortotópico ou transplante de um fígado de um doador falecido) o Em caso de intercorrências, o conceito "pacote" deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma "aberta" pela tabela de preços contratada entre as partes o Em todas as situações e se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma "aberta" pela tabela acordada com a operadora o O pacote contempla serviços próprios e de terceiros (Somente os descritos na inclusão) o Caso o paciente faleça ou haja interrupção do tratamento por qualquer motivo, a conta restante será enviada em sistema de cobrança conta "aberta" conforme tabela acordada E sem prejuízo do que foi faturado e enviado à operadora o O pacote não contempla novas incorporações tecnológicas. Em casos de novas técnicas o pacote deixará de ser válido e o procedimento será cobrado como "conta aberta" até ocorrerem novas negociações de composição 	Excluso	
PACOTE ENDOSCOPIA		
Código	Procedimento	Valor
4.02.01.05-8	Broncoscopia sem biópsia	R\$1.373,23
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso pós-procedimento até 01 hora o Equipamentos inerentes ao procedimento 		

- o Gasoterapia
- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos do endoscopista

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

o 01 Pinça de Biópsia sem agulha		
Código	Procedimento	Valor
4.02.01.12-0	Endoscopia Digestiva Alta sem Biópsia	R\$911,60
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso até 01 hora o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviço de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos do endoscopista 		
Código	Procedimento	Valor
4.02.02.03-8	Endoscopia Digestiva Alta com Biópsia e/ou Citologia	R\$1.144,80
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso até 01 hora o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviço de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos do endoscopista o 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		
Código	Procedimento	Valor
4.02.02.55-0	Endoscopia Digestiva Alta com Polipectomia	R\$1.437,36
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso até 01 hora o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviço de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos do endoscopista o 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		
Código	Procedimento	Valor
4.02.02.61-5	Endoscopia Digestiva Alta com Teste de Urease	R\$1.144,80
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso até 01 hora o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviço de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos do endoscopista o 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		

Código	Procedimento	Valor
4.02.02.68-2	Retossigmoidoscopia com Biópsia (flexível ou rígida)	R\$1.436,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> o Taxa de sala de procedimento até 01 hora o Taxa de repouso até 03 horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviço de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos do endoscopista o 01 Pinça de Biópsia sem agulha 		
PACOTE NEUROCIRURGIA		
Código	Procedimento	Valor
3.07.15.09-1	Descompressão Cervical – 01 ou 02 níveis	R\$26.476,79
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 02 (duas) diárias em apartamento o Até 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala até 03 (três) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista o Radioscopia para acompanhamento do procedimento o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Tipagem sanguínea o 01 (uma) Avaliação Fisioterapia o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória 		
Código	Procedimento	Valor
3.07.15.09-1	Descompressão Dorsal – 01 ou 02 níveis	R\$26.459,51
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 02 (duas) diárias em apartamento o Até 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala até 03 (três) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista o Radioscopia para acompanhamento do procedimento 		

- o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito)

- o 01 (uma) Tipagem sanguínea
- o 01 (uma) Avaliação Fisioterapia
- o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora
- o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 01 nível	R\$41.752,66

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 02 níveis	R\$48.421,33

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Até 02 (duas) diárias em apartamento
 - o Até 01 (uma) diária em UTI
 - o Taxa de sala até 03 (três) horas
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Honorários médicos da equipe cirúrgica e do anestesista
 - o Radioscopia para acompanhamento do procedimento

o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito)

- o 01 (uma) Tipagem sanguínea
- o 01 (uma) Avaliação Fisioterapia
- o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora
- o 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória
- o **OPME:**
 - **OPÇÃO A**
 - 02 (dois) Cages Cervical em PEEK
 - 02 (dois) Enxertos em pasta (02 ml)
 - 01 (uma) Placa cervical anterior
 - 06 (seis) Parafusos para placa
 - 01 (uma) Broca diamantada
 - **OPÇÃO B**
 - 06 (seis) Parafusos de massa lateral
 - 06 (seis) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes ou placas
 - 01 (um) Enxerto sintético granulado (05 gramas)
 - 01 (uma) Broca diamantada

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.01-6	Artrodese + Descompressão Cervical – 03 níveis	R\$77.175,84

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.02-4	Artrodese + Descompressão Dorsal ou Lombar – 01 nível	R\$49.301,87
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 02 (duas) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 03 (três) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Motora ○ 06 (seis) sessões de Fisioterapia Respiratória ○ OPME: <ul style="list-style-type: none"> ▪ OPÇÃO A <ul style="list-style-type: none"> • 04 (quatro) Parafusos pediculares • 04 (quatro) Bloqueadores • 02 (duas) Hastes • 01 (um) Enxerto sintético granulado (05 gramas) • 01 (um) Cage TLIF (sem broca) • 01 (uma) Broca diamantada 		
OBSERVAÇÕES		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) diárias em apartamento ○ Até 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala até 04 (quatro) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia ○ Radioscopia para acompanhamento do procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Fósforo, Ácido Lático, Glicose, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Gasometria, Hemoglobina, Hematócrito) <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ 01 (uma) Avaliação Fisioterapia ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia Motora ○ 09 (nove) sessões de Fisioterapia Respiratória ○ OPME: 		

- OPÇÃO A
 - 06 (seis) Parafusos pediculares
 - 06 (seis) Bloqueadores
 - 02 (duas) Hastes
 - 02 (dois) Enxertos sintéticos granulados (10 gramas)
 - 02 (dois) Cages TLIF (sem broca)
 - 01 (uma) Broca diamantada

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

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

Código	Procedimento	Valor
3.14.03.03-4	Denervação por Radiofrequência – Síndrome Facetária Cervical ou Lombar – 01 nível	R\$26.267,65

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - Até 01 (uma) diária em Day Clinic (apartamento)
 - Taxa de sala até 01 (uma) hora
 - Equipamentos inerentes ao procedimento
 - Gasoterapia
 - Serviços de enfermagem
 - Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia

- o Radioscopia para acompanhamento do procedimento
- o **OPME:**
 - 04 (quatro) Agulhas para radiofrequência com placa de gerador

Código	Procedimento	Valor
3.14.03.03-4	Denervação por Radiofrequência – Síndrome Facetária Cervical ou Lombar – 02 níveis	R\$32.034,05

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Até 01 (uma) diária em Day Clinic (apartamento)
 - o Taxa de sala até 01 (uma) hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
 - o Radioscopia para acompanhamento do procedimento
 - o **OPME:**
 - 06 (seis) Agulhas para radiofrequência com placa de gerador

Código	Procedimento	Valor
3.07.15.18-0	Hérnia Discal – Dorsal ou Lombar – 01 Nível (endoscópica)	R\$40.540,34

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Até 01 (uma) diária em Apartamento
 - o Taxa de sala até 01 (uma) hora
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia
 - o Serviços de enfermagem
 - o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
 - o Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
 - o Radioscopia para acompanhamento do procedimento
 - o **OPME:**
 - 01 (um) Kit de Endoscopia:
 - 01 (um) Kit de irrigação (equipo)
 - 01 (uma) Fresa
 - 01 (uma) Ponteria de Radiofrequência

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

OBSERVAÇÕES

Descrição

- **Inclui:**
 - o Até 01 (uma) diária em Apartamento
 - o Taxa de sala até 02 (duas) horas
 - o Equipamentos inerentes ao procedimento
 - o Gasoterapia

- o Serviços de enfermagem
- o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento
- o Honorários médicos da equipe cirúrgica e Anestesia
- o Radioscopia para acompanhamento do procedimento
- o **OPME:**
 - 01 (um) Kit para Cifoplastia (com duplo balão):
 - 01 (um) Cimento de Cifoplastia
 - 01 (um) Misturador de Cimento
 - 01 (uma) Cureta para Cifoplastia
 - 01 (uma) Agulha para Biópsia

PACOTES CIRURGIAS CARDÍACAS

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

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 02 (duas) diárias em apartamento o Até 02 (duas) diárias em UTI o Taxa de sala até 04 (quatro) horas o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o Até 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) durante todo o período de internação incluso no pacote o Até 01 (um) Eco Bidimensional o Até 05 (cinco) RX de tórax o Até 03 (três) ECG o Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia o Até 12 (doze) sessões de Fisioterapia respiratória o Até 12 (doze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio o Até 03 (três) sessões de Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Até 01 (uma) Tipagem sanguínea o Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>02 (duas) diárias</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>12 (doze) sessões</p> <p>12 (doze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p> <p>Incluso</p> <p>02 (duas) unidades</p>

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

OBSERVAÇÕES

<ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) o Até 03 (três) Eco Bidimensional o Até 05 (cinco) RX de tórax o Até 03 (três) ECG o Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio o Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Até 01 (uma) Tipagem sanguínea o Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 		<p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>03 (três) sessões</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p>
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Correção Cirúrgica da Comunicação Interatrial com CEC / com PTFE Pediátrico	R\$67.787,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 03 (três) diárias em apartamento o Até 02 (duas) diárias em UTI o Taxa de sala até 04 (quatro) horas o Equipamentos o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento o Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia. • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório o 01 (uma) Prótese de PTFE ou Pericárdio Bovino o Kit CEC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Oxigenador de Membrana Neonatal com tubos ▪ 01 (um) Conjunto de tubos para circulação extracorpórea ▪ 01 (um) Kit cânula para CEC Infantil ▪ 01 (uma) Bomba centrífuga revolution descartável ▪ 01 (um) Hemoconcentrador infantil ▪ 01 (um) Sistema de Cardioplegia Cristalóide e Filtro • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) o Até 03 (três) Eco Bidimensional o Até 05 (cinco) RX de tórax o Até 03 (três) ECG o Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio 	<p>03 (três) diárias</p> <p>02 (duas) diárias</p> <p>04 (quatro) horas</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> o Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica 		03 (três) sessões
	<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Até 01 (uma) Tipagem sanguínea o Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	01 02	(uma) unidade (duas) unidades
Código	Procedimento	Valor	
3.09.01.05-7	Correção Cirúrgica da Comunicação Interatrial com CEC / sem PTFE Pediátrico	R\$57.717,00	
OBSERVAÇÕES			
Descrição		Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 03 (três) diárias em apartamento o Até 02 (duas) diárias em UTI o Taxa de sala até 04 (quatro) horas o Equipamentos o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesia. • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Dreno de Blake com Reservatório o 01 (um) Pericárdio Bovino o Kit CEC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Oxigenador de Membrana Neonatal com tubos ▪ 01 (um) Conjunto de tubos para circulação extracorpórea ▪ 01 (um) Kit cânula para CEC Infantil ▪ 01 (uma) Bomba centrífuga revolution descartável ▪ 01 (um) Hemoconcentrador infantil ▪ 01 (um) Sistema de Cardioplegia Cristalóide e Filtro • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) o Até 03 (três) Eco Bidimensional o Até 05 (cinco) RX de tórax o Até 03 (três) ECG o Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória o Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio o Até 03 (três) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o Até 01 (uma) Tipagem sanguínea o Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 		<ul style="list-style-type: none"> 03 (três) diárias 02 (duas) diárias 04 (quatro) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade Incluso 03 (três) unidades 05 (cinco) unidades 03 (três) unidades 01 (uma) unidade 15 (quinze) sessões 15 (quinze) sessões 03 (três) sessões 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades 	
Código	Procedimento	Valor	
3.09.01.06-5	Correção Cirúrgica da Comunicação Interventricular com CEC / sem PTFE Pediátrico	R\$75.207,00	
OBSERVAÇÕES			
Descrição		Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Até 03 (três) diárias em apartamento 		03 (três) diárias	

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Conjunto de tubos para circulação extracorpórea ▪ 01 (um) Kit cânula para CEC Infantil ▪ 01 (uma) Bomba centrífuga revolution descartável ▪ 01 (um) Hemoconcentrador infantil ▪ 01 (um) Sistema de Cardioplegia Cristalóide e Filtro 	<p>01 (uma) unidade</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Láctico, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Tempo de Protrombina, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais) <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 03 (três) Eco Bidimensional ○ Até 05 (cinco) RX de tórax ○ Até 03 (três) ECG ○ Até 01 (uma) Avaliação de Fisioterapia ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia respiratória ○ Até 15 (quinze) sessões de Fisioterapia pós cirúrgica cardio ○ Até 06 (seis) Assistências Fisioterapia em paciente com ventilação mecânica 	<p>Incluso</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>03 (três) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>15 (quinze) sessões</p> <p>06 (seis) sessões</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Até 01 (uma) Tipagem sanguínea ○ Até 02 (duas) bolsas de concentrado de hemácias 	<p>01 (uma) unidade</p> <p>02 (duas) unidades</p>

OBSERVAÇÕES – PACOTE CIRURGIA CARDÍACA

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: • Procedimentos e Honorários Médicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos (exceto os descritos na inclusão) ○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta ○ Consultas pré e pós-transplante ○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós-transplante e de outras especialidades ○ Códigos CBHPM não mencionados na inclusão ○ Outros procedimentos não previstos • Internação / Taxas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior a quantidade descrita na inclusão (Apartamento/Enfermaria) ○ Internação por período superior a quantidade descrita na inclusão (UTI) ○ Permanência em Semi-Intensiva (e honorários respectivos) ○ Tempo de sala cirúrgica acima do tempo descrito na inclusão • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemocomponentes não descritos na inclusão. Havendo necessidade de utilização, serão cobrados através da tabela atualmente contratada ○ Procedimentos em aférese terapêutica ○ Exames complementares (Fenotipagem Rh/outros sistemas, Painel de Hemácias, Painel Enzimático, Painel a Frio, Eluato, Titulação de Anticorpos) ○ Conjunto WBC Cobe Spectra® (ref. 70620) e/ou conjunto Spectra Optia® (ref. 10120) para coleta de células-tronco ○ Conjunto Spectra Optia® (ref. 10220) para realização de plasmaférese terapêutica ○ Filtro para remoção de leucócitos em unidades de plaquetas (utilizado para o concentrado de plaquetas randômicas) ○ Bolsa para congelamento de hemocomponentes • SADT: 	<p>Excluso</p>

<ul style="list-style-type: none"> o Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós- operatório (exceto quando descrito na inclusão) o Sessões de diálise e hemodiálise o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão) o Fonoaudiologia o Radioterapia Corporal Total (TBI) o Anátomo Patológico, Citopatológico e Exames de Congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: <ul style="list-style-type: none"> o Enxertos, tubos, suturas mecânicas e demais OPMEs (órgãos, próteses e materiais especiais), não descritos na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina / tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera® / demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax® / Daclisumab) e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela acordada com a operadora o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado o Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: <ul style="list-style-type: none"> o Refeição para acompanhantes o Nutrição enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências / Rejeição: <ul style="list-style-type: none"> o Complicações, intercorrências e reoperações 	Excluso

OBSERVAÇÕES GERAIS – PACOTE CIRURGIA CARDÍACA

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

PACOTES HEMODINÂMICA

Código	Procedimento	Valor
3.09.11.07-9	Cateterismo Cardíaco – Comum	R\$2.500,01

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Repouso de até 12hs o Gasoterapia 	12 (doze) horas Incluso

<ul style="list-style-type: none"> o Material comum de consumo o Materiais especiais <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) Agulha de punção ▪ 01 (um) Introdutor 5F ▪ 01 (um) Cateter Diag JR 6F coronariano ▪ 01 (um) Cateter Diag 6F JL ▪ 01 (um) Cateter Diag 5F RH ▪ 01 (um) cateter PIG Tail 6F ▪ 01 (uma) seringa e extensor de bomba ▪ 01 (um) Manifold 5 vias ▪ 01 fio (um) Fio guia J 035/1485 ▪ 01 (um) Transdutor de pressão o Medicamentos (exceto os citados na exclusão) o Taxas o SADT (exceto os citados na exclusão) o CD + filme o Anestesia (materiais, medicamentos e HM) o Contraste • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> o Hemoterapia o SADT (métodos gráficos, tomografias, ressonâncias e medicina nuclear) o Balão intra aórtico o Cateter de SwanGanz • Obs: Valores e condições válidas para pacientes ambulatoriais (eletivos), internados e Pronto Socorro • Caso, durante a realização do cateterismo, seja verificada a necessidade da realização de angioplastia, esta fica previamente autorizada devendo ser justificada em conta a sua realização. No caso dos honorários pode ser apresentada a cobrança dos dois honorários que deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 	<p>Incluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p> <p>Excluso</p>
--	--

Código	Procedimento	Valor
3.09.11.05-2	Cateterismo Cardíaco com estudo da Revasc Miocárdica	R\$4.473,52

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Diag 6F JR o 01 (um) Cateter Diag 6F JL o 01 (um) Cateter Diag 5F RH o 01 (um) Cateter Mamária o 01 (um) Cateter Amplatz o 01 (um) Fio Guia 0,35 o 01 (um) Introdutor 5F 	<p>01 (uma) diária</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p>

• **Obs:** Caso, durante a realização do cateterismo, seja verificada a necessidade da realização de angioplastia, esta fica previamente autorizada devendo ser justificada em conta a sua realização. No caso dos honorários pode ser apresentada a cobrança dos dois honorários que deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo

Código	Procedimento	Valor
3.09.11.07-9 3.09.11.02-8	Cateterismo Cardíaco com FFR	R\$8.255,49
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (um) Fio Guia 0,35 o 01 (um) Introdutor 5F o 01 (uma) Corda Guia de FFR o 01 (um) Kit Manifold 	01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade	
<ul style="list-style-type: none"> • Obs: Caso, durante a realização do cateterismo, seja verificada a necessidade da realização de angioplastia, esta fica previamente autorizada devendo ser justificada em conta a sua realização. No caso dos honorários pode ser apresentada a cobrança dos dois honorários que deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 		
Código	Procedimento	Valor
3.09.11.07-9 3.09.11.02-8	Cateterismo Cardíaco com USIC Ultrassom Intracoronário	R\$5.669,30
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (um) Fio Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Diagnóstico o 01 (um) Introdutor 5F o 01 (um) Cateter de Ultrassom Intracoronário o 01 (uma) Treno de retração o 01 (um) Kit Manifold 	01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade	

<ul style="list-style-type: none"> Obs: Caso, durante a realização do cateterismo, seja verificada a necessidade da realização de angioplastia, esta fica previamente autorizada devendo ser justificada em conta a sua realização. No caso dos honorários pode ser apresentada a cobrança dos dois honorários que deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo. 		
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana Com 01 Stent Convencional	R\$13.699,44
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina <ul style="list-style-type: none"> o Eletrocardiograma OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introdutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Stent Convencional 		<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 		
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana Com 01 Stent Farmacológico	R\$17.971,77
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços Assistência de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina <ul style="list-style-type: none"> o Eletrocardiograma OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introdutor o 01 (um) Manômetro 		<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) diária 01 (uma) diária Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade

	<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Stent Farmacológico 	<p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
<p>• Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo</p>		
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Implante de Dispositivo Coronário Bioabsorvível BVS	R\$20.401,82
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introduutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Dispositivo Coronário Bioabsorvível – BVS 		<p>01 (uma) diária</p> <p>01 (uma) diária</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p>
<p>• Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo</p>		
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5 3.09.11.14-1	Angioplastia Transluminal Coronariana com USIC (Ultrassom untracoronário) Com 01 Stent Convencional	R\$15.727,11
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 		<p>01 (uma) diária</p> <p>01 (uma) diária</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introdutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Cateter de Ultrassom (USG) o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Convencional 	<ul style="list-style-type: none"> 01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> o Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 	

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

OBSERVAÇÕES

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5 3.09.12.27-0	Angioplastia Transluminal Coronariana Com Rotablator Com 01 Stent Convencional	R\$25.573,14

OBSERVAÇÕES

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

<ul style="list-style-type: none"> o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introduutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Kit Rotablator: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Cateter de Aterectomia ▪ 01 (um) Avançador Advanced ▪ 01 (um) Fio guia para aterectomia o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Convencional 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p>	
<p>o Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo</p>		
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.10-5	Angioplastia Transluminal Coronariana Com Rotablator	R\$29.667,92
3.09.11.14-1	Com 01 Stent Farmacológico	
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diária em apartamento o 01 (uma) diária em UTI o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Cateter Guia o 01 (uma) Corda Guia 0,14 o 01 (uma) Corda Guia 0,35 o 01 (um) Cateter Balão o 01 (um) Introduutor o 01 (um) Manômetro o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Kit Rotablator: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (um) Cateter de Aterectomia ▪ 01 (um) Avançador Advanced ▪ 01 (um) Fio guia para aterectomia 		<p>01 (uma) diária</p> <p>01 (uma) diária</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p>

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Treno de retração o 01 (um) Stent Farmacológico 		<p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Obs: No caso dos honorários se for apresentada a cobrança para cateterismo além da angioplastia, deverão ser pagos a 100% para angioplastia e 50% para o cateterismo 		
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Fechamento de Comunicação Interatrial (CIA Pediátrico)	R\$53.402,80
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral infantil o 01 (um) Fio Guia Hidrofilico 0,035 de 150 cm o 01 (um) Fio Guia Amplatz superstiff 0,035 de 260 cm o 01 (uma) Prótese cera de CIA (kit prótese + balão de diâmetro estirado + delivery) 		<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.05-7	Fechamento de Comunicação Interatrial (CIA Adulto)	R\$47.951,22
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral 7F o 01 (um) Fio Guia Hidrofilico 0,035 de 150 cm o 01 (um) Cateter Lehman 7F ou Multipurpose 6F o 01 (uma) Prótese cera de CIA (kit prótese + balão de diâmetro estirado + delivery) 		<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>
Código	Procedimento	Valor
3.09.01.02-2	Oclusão de Forame Oval Patente (FOP)	R\$49.171,28
OBSERVAÇÕES		
Descrição		Fator

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p>

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.12-1	Oclusão Percutânea de Apêndice Atrial	R\$82.521,00

OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (dois) Introduzidores 7F o 01 (um) Kit Manifold o 01 (um) Cateter Mullins 8F o 01 (uma) Agulha de punção transeptal o 01 (uma) Corda Amplatzer Super Stiff 0,035 de 260 cm ST1 o 01 (um) Kit Amplatzer prótese para auriculeta esquerda o 01 (um) Sistema de Entrega Torque 180/80 o 02 (duas) Cordas Hidrofílica 0,035 o 01 (um) Manômetro Rotor em Y 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade 02 (duas) unidades 01 (uma) unidade

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.25-3	Valvuloplastia Mitral	R\$31.234,81

OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes procedimento o Exames laboratoriais de rotina 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso

<ul style="list-style-type: none"> o Eletrocardiograma o Ecocardiograma Transesofágico Intraoperatório • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (dois) Introdutores o 01 (uma) Corda Hidrofílica 0,035 o 01 (um) Cateter Mullins 7F o 01 (uma) Agulha de Punção Transeptal Adulto o 01 (um) Cateter Pigtail o 01 (um) Conjunto de Inue o 01 (um) Cateter de Lehman 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>02 (duas) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p>
---	---

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Pulmonar Adulto	R\$24.242,20

OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral o 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm o 01 (um) Fio Guia Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 o 01 (um) Powerflex ou Zmed ou Tyshak (para pacientes maiores) 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Pulmonar Pediátrico	R\$24.994,80

OBSERVAÇÕES	
Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 02 (duas) diárias em apartamento o Taxa de sala hemodinâmica o Equipamentos inerentes ao procedimento o Gasoterapia o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento o Exames laboratoriais de rotina o Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor femoral o 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm o 01 (um) Fio Guia Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 o 01 (um) Cateter balão - mini Tyshak para neonato ou Powerflex/Zmed/Tyshak para crianças maiores 	<p>02 (duas) diárias</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p>

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Aórtica Adulto	R\$29.574,00
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introdutor arterial ○ 01 (um) Cateter guia ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (uma) Corda Amplatz super stiff 0,035 x 260 cm ST1 ○ 02 (um) Cateter balão para valvoplastia ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Cateter pigtail graduado 5F ○ 01 (uma) Corda guia de ponta reta 0,035 x 150 cm teflonado 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 	
Código	Procedimento	Valor
3.09.12.24-5	Valvuloplastia Aórtica Pediátrico	R\$30.432,60
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento ○ Taxa de sala hemodinâmica ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento ○ Exames laboratoriais de rotina ○ Eletrocardiograma • OPME: <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Introdutor arterial ○ 01 (um) Cateter guia ○ 01 (uma) Corda hidrofílica 0,035 x 150cm ○ 01 (uma) Corda Amplatz super stiff 0,035 x 260 ○ 02 (um) Cateter balão para valvoplastia ○ 01 (um) Manômetro ○ 01 (um) Cateter pigtail graduado 5F ○ 01 (uma) Corda guia de ponta reta 0,035 x 150 cm teflonado ○ Para crianças no primeiro ano de vida utilizará balão aviator e fios guias de 0,014. 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 	
EXCLUSÃO		
Descrição		
<ul style="list-style-type: none"> • PROCEDIMENTOS MÉDICOS E HONORÁRIOS MÉDICOS: 		

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

OBSERVAÇÕES GERAIS

Descrição

- Em caso de intercorrências, o conceito “pacote” deixa de ser válido e a conta será cobrada integralmente na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes
- Em todas as situações, desde que não tenha havido intercorrência, se houver prolongamento de internação além do número de diárias inclusas no pacote, as diárias adicionais serão cobradas na forma “aberta” pela tabela de preços contratada entre as partes
- Foi estabelecido um tempo padrão de utilização de sala cirúrgica específica para cada procedimento. Nos casos em que houver necessidade de tempo de sala cirúrgica adicional, será cobrado um excedente de 30% sobre o valor relacionado ao porte de sala cirúrgica pequena, média ou grande conforme tabela acordada
 - Em caso de procedimentos gerenciados associados (pacotes), serão cobrados 100% do procedimento de maior valor e 70% do valor de cada pacote associado
 - Em caso de associação de cirurgia por pacote e conta aberta, o pacote passa a ser descaracterizado e a conta será cobrada integralmente em forma de conta aberta
- O pacote contempla apenas serviços próprios

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

PACOTES MARCAPASSOS CARDÍACO

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

OBSERVAÇÕES

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

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

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ 02 (duas) diárias em apartamento/enfermaria ○ 01 (uma) diária em UTI ○ Taxa de sala cirúrgica até 02 (duas) horas ○ Equipamentos inerentes ao procedimento ○ Gasoterapia ○ Serviços de enfermagem ○ Materiais e medicamentos ○ Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> ○ 01 (um) Gerador de marcapasso unicameral ○ 01 (um) Eletrodo endocárdico atrial ou ventricular 	<ul style="list-style-type: none"> 02 (duas) diárias 01 (uma) diária 02 (duas) horas Incluso Incluso Incluso Incluso Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade

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

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

OBSERVAÇÕES

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.02-1 4.08.11.02-6	CDI – Implante de Cardioversor Desfibrilar BICAMERAL (convencional)	R\$122.265,70

OBSERVAÇÕES

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

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

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Introdutor de punção para implante de eletrodo endocárdico (um para cada eletrodo abordado) o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta Eletrocautério 	01 (uma) unidade
<ul style="list-style-type: none"> • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 09 (nove) sessões de Fisioterapia motora o 09 (nove) sessões de Fisioterapia respiratória 	01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) unidade 01 (uma) unidade Incluso 01 (uma) avaliação 09 (nove) sessões 09 (nove) sessões

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

OBSERVAÇÕES

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (IMPD/VVI) Marcapasso de câmara única	R\$23.304,10

OBSERVAÇÕES

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

<ul style="list-style-type: none"> o Serviços de enfermagem o Materiais e medicamentos o Honorários Médicos da Equipe Cirúrgica e Anestesia • OPME <ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Gerador de marcapasso unicameral o 01 (um) Kit de Placas de marcapasso transcutâneo o 01 (uma) Caneta eletrocautério • SDAT: <ul style="list-style-type: none"> o Uréia e creatinina o 01 ECG de 12 derivações o 01 RX de tórax o Radioscopia para acompanhamento de procedimento o Fisioterapia – 01 (uma) avaliação o 06 (seis) sessões de Fisioterapia motora o 06 (seis) sessões de Fisioterapia respiratória 	<p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>Incluso</p> <p>01 (uma) avaliação</p> <p>06 (seis) sessões</p> <p>06 (seis) sessões</p>
--	--

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

OBSERVAÇÕES

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (CDI – Cardioversor desfibrilar BICAMERAL - CONVENCIONAL)	R\$79.855,10

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) diárias em apartamento/enfermaria 	<p>01 (uma) diárias</p>

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (BIV – Ressincronizador Cardíaco)	R\$45.267,30

OBSERVAÇÕES

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.04.12-9 4.08.11.02-6	TG – Troca de Gerador (CDI + BIV – Cardioversor associado a ressincronizador cardíaco multi-sítio)	R\$104.738,60

OBSERVAÇÕES

Descrição	Fator
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: 	

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

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

- o Sessões de diálise e hemodiálise
- o Fisioterapia (exceto os itens descritos na inclusão)
- o Radioterapia Corporal Total (TBI)
- o Procedimentos invasivos: endoscopia, broncoscopia, cirurgias e exames microbiológicos (culturas) e anátomo- patológicos nas amostras correspondentes
- o Anátomo Patológico, citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão)
- **MATERIAIS:**
 - o Suturas mecânicas, colas/adesivos biológicas, pericárdio bovino e demais OPME's (órteses, próteses e materiais especiais), exceto quando mencionados na inclusão.
- **MEDICAMENTOS:**
 - o Medicamentos tais como: albumina humana, antifúngicos (ex. Ambisome®, Ecalta®, Cancidas®, Vfend®, voriconazol, caspofungina), antibióticos (ex. Targocid®, Tygacil®, Zyvox®, meropenem, imipenem, piperaciclina/tazobactam), antivirais: (ex. cidofovir, Foscarnet®, ganciclovir, valganciclovir), quimioterápicos (ex. bussulfano, Fludara®, Daunoxome®), Thimoglobulina®, imunossuppressores, imunomoduladores, gamaglobulina, Mabthera®/demais anticorpos monoclonais (ex. Zenapax®/Daclisumab) e medicamentos importados; serão cobrados conforme tabela Brasíndice e desconto de 10% (dez por cento) sobre o PMC
 - o Vacinas e medicamentos específicos para doenças ou complicações não relacionadas com o procedimento gerenciado ora contratado
 - o Quimioterapia (exceto quando descrito na inclusão)
- **NUTRIÇÃO:**
 - o Nutrição enteral, parenteral ou especial
- **INTERCORRÊNCIAS:**
 - o Complicações, intercorrências e reoperações

**PACOTES CIRURGIA CARDÍACA
REVASCULARIZAÇÃO DO
MIOCÁRDIO E VÁLVULAS**

Código	Procedimento	Valor
3.09.03.02-5	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO ADULTO (PACIENTES DE BAIXO RISCO)	R\$66.780,00

OBSERVAÇÕES

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

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

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

OBSERVAÇÕES

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

<ul style="list-style-type: none"> o 01 (um) Conjunto para Autotransusão o 01 (uma) Cânula de Perfusão Arterial o 01 (uma) Cânula de Retroplegia o 01 (um) Clipador Automático com 20 grampos o 01 (um) Conjunto de Tubos MA3000 com filtro arterial o 01(um) Patch de Pericárdio Bovino o 01 (um) Lenço de Teflon o 01 (um) Anel para anuloplastia 		<p>01 (uma) unidade</p>
<ul style="list-style-type: none"> • SADT: <ul style="list-style-type: none"> o Exames laboratoriais de rotina (Hemograma, Sódio, Potássio, Cálcio, Uréia, Creatinina, Cloro, Magnésio, Glicose, Ácido Lático, Hematócrito, Hemoglobina, Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada, Tempo de Protrombina, Creatino Fosfoquinase, Fósforo, Gasometria, Proteína C Reativa, Contagem de Plaquetas, Dosagem de Fibrinogênio, Proteínas Totais, Urina 1, Troponina T ou L) o 05 (cinco) Eletrocardiogramas o 05 (cinco) RX de Tórax o 01 (um) Ecodoppler bidimensional o 01 (um) Avaliação Fisioterápica o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia respiratória o 18 (dezoito) sessões de Fisioterapia motora o 02 (dois) Exercícios com RPP1 o 06 (seis) sessões de Assist. Físio. Paciente em Ventilação Mecânica • Banco de sangue: <ul style="list-style-type: none"> o 01 (uma) Tipagem Sanguínea o 02 (duas) Bolsas de Concentrado de Hemácias 		<p>Incluso</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>05 (cinco) unidades</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>01 (uma) unidade</p> <p>18 (dezoito) sessões</p> <p>18 (dezoito) sessões</p> <p>02 (duas) unidades</p> <p>06 (seis) unidades</p>
	01	(uma) unidade
	02	(duas) unidades

EXCLUSÃO

Descrição

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

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

OBSERVAÇÃO

Descrição

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

BIÓPSIA DE MEDULA ÓSSEA

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

OBSERVAÇÕES

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

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

- OPMEs (órtese, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão
- **MEDICAMENTOS**
 - Quimioterápicos e adjuvantes
 - Medicamentos comuns ou de alto custo não descritos na inclusão
 - Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado
- **NUTRIÇÃO**
 - Nutrição comum, enteral, parenteral ou especial
- **INTERCORRÊNCIAS**
 - Complicações e intercorrências

OBSERVAÇÃO

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

PACOTE HEMODIÁLISE A BEIRA DO LEITO

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

OBSERVAÇÕES

HEMODIÁLISE CONVENCIONAL – até 04 (quatro) horas

Adulto

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

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

HEMODIAFILTRAÇÃO – ciclos de até 12 (doze) horas

Ou

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

Adulto

● **Inclui:**

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

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

Adulto

● **Inclui:**

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

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

- **Exclui:**

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

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

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

PACOTE CIRURGIA DIVERSOS

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

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

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

- **Exclui:**

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

Código	Procedimento	Valor
3.09.12.01-6	Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência	R\$54.590,00

OBSERVAÇÕES

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

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

OBSERVAÇÕES

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

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	R\$1.786,10
4.08.12.02-2	Angiografia por punção	
4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatória de controle	
4.08.12.06-5	Angiografia transoperatória de posicionamento	
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ 06 (seis) horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) Agulha de Punção ▪ 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm ▪ 02 (dois) cateteres diagnósticos ▪ 01 (um) Fio Guia ▪ 01 (um) Extensor de bomba ▪ 01 (uma) Seringa de bomba 150ml ▪ 03 (três) filmes ▪ 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (04 frascos) ○ Internação (somente para pacientes ambulatoriais): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) diária em UTI CORONARIANA ▪ 01 (uma) diária em apto ou enfermaria 		
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoterapia ○ SADT ○ OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais) ○ Micro Partícula, Stents, Cateter Balão, Filtro, Cateteres Guia, Introdutores especiais (longo), Microcateteres, Microguias, materiais Embolizantes e acessórios ○ Filtro de proteção ○ Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos ○ Custos anestésicos para anestesia geral, bloqueio ou sedação (taxas, materiais, medicamentos e honorários médicos) ○ Se necessário a presença do anestesista na sala, serão cobrados honorários conforme contrato ○ Complicações pós- operatórias 		
OBSERVAÇÕES		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ 06 (seis) horas de repouso ○ Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem) ○ Materiais específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01 (uma) Agulha de Punção ▪ 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm 		

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

• **Exclui:**

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

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

• **Exclui:**

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

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

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

OBSERVAÇÕES**• Incluir:**

- Honorários Médicos
- 06 (seis) horas de repouso

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

- Materiais específicos:

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

• Excluir:

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES**• Incluir:**

- Honorários Médicos
- 02 (duas) diárias em apartamento ou enfermaria
- Todas as taxas (uso de equipamentos, sala, administrativas e de serviço de enfermagem)

- Materiais específicos:

- Kit de materiais e medicamentos para punção venosa
- Montagem da mesa de procedimento
- Anestésico
- Contraste
- Seringa e extensor de bomba injetora de contraste
- Filme e Materiais para gravação
- 01 (um) Introdutor valvulado de 11cm
- 01 (um) Cateter Diagnóstico
- 01 (um) Fio Guia hidrofílico 150 cm
- 01 (um) Microcatéter
- 01 (um) Microguia

- Angiografia pré no ato e Angiografia pós no ato

- o Exames radiológicos e gráficos inerentes ao procedimento (exceto Ressonância Nuclear Magnética e Tomografia Computadorizada)
- o 200 mL de contraste de baixa osmolaridade (4frascos)

• **Exclui:**

- o Hemoterapia
- o SADT
- o Micro-Particulas
- o Cateteres Guia
- o Introdutores especiais (longo)
- o Ressonância Nuclear Magnética ou Tomografia Computadorizada
- o Medicamentos excluídos: Estreptoquinase, Agastrat, Actilyse, Stilamin, Ethiol, Prostin, Quibernim, Reopro, Albumina Humana, Quimioterápicos, Antineoplásticos, Antivirais, Anti-agregante-plaquetário, Trombolíticos, Vacinas, Antifúngicos, Granulokyne, Antibióticos
- o Complicações pós- operatórias
- o Observações:
 - Materiais: Micro Particulas - R\$ 3.800,00

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

• **Exclui:**

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

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

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

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

▪ **Exlui:**

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

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

• **Exlui:**

- o Hemoterapia
- o SADT
- o OPME (Prótese, Órtese e Materiais Especiais):
 - Port A Cath
 - Permicath
 - Cateter de Shiley
 - Shunt
 - Micro Partícula
 - Stents
 - Cateter Balão
 - Filtro
 - Microcateteres
 - Microguias
 - Materiais Embolizantes e acessórios
 - Filtro de proteção

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

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

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

OBSERVAÇÕES

• **Inclui:**

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

• **Exclui:**

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

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

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

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

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

OBSERVAÇÕES

- **Inclui:**

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

- **Exclui:**

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.48-7	Drenagem percutânea de via biliar	R\$4.102,20

OBSERVAÇÕES**• Inclui:**

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

• Exclui:

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

Código	Procedimento	Valor
4.08.13.37-1	Dilatação percutânea de estenose	R\$4.102,20

OBSERVAÇÕES**• Inclui:**

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

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

- **Exclui:**

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



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ANEXO IV - TABELA DE VALORES HOSPITALAR
Data/Hora de Criação:	01/10/2021 14:52:22
Páginas do Documento:	105
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	106
Hash MD5:	7dd7c170b6ec21ba7bf2b35af3956728
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 Ten Cel JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO no dia 01/10/2021 às 11:56:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ALEXANDRE DE ARAUJO MELO no dia 04/10/2021 às 14:33:21 no horário oficial de Brasília.



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

ANEXO V

TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NÃO HOSPITALAR

PACOTE HEMODIÁLISE AMBULATORIAL – SESSÃO		
Paciente Renal Crônico em Programa de Diálise		
Adulto ou Infantil		
Código	Procedimento	Valor
3.09.09.03-1	Hemodiálise ambulatorial	R\$1.146,92
OBSERVAÇÕES		
Descrição	Fator	
<ul style="list-style-type: none">• Inclui:<ul style="list-style-type: none">○ Taxa de sala de hemodiálise○ Taxas em geral envolvendo o procedimento○ Serviços de Enfermagem de Hemodiálise○ Materiais específicos de Hemodiálise (filtro deslizador, linha arterial, venosa e solução de diálise)○ Materiais e medicamentos comuns inerentes ao procedimento○ Gasoterapia• Honorários Médicos da Hemodiálise<ul style="list-style-type: none">○ Médico Nefrologista• Exclui:<ul style="list-style-type: none">○ Honorários médicos de qualquer natureza (exceto quando descritos na inclusão)○ Consultas pré e pós-procedimento○ Acompanhamento e procedimentos pós-alta○ Atendimentos de Pronto Socorro pré e pós- procedimento○ Outros procedimentos não previstos• Internação:<ul style="list-style-type: none">○ Internação em Apartamento, Enfermaria, UTI, UCO, UCG, Semi-Intensiva ou Suíte• Taxas:<ul style="list-style-type: none">○ Taxa de sala de hemodiálise superior a 01 (uma) sessão○ Taxas de equipamentos específicos não descritos na inclusão.• Banco de Sangue:<ul style="list-style-type: none">○ Hemoterapia, Hemoderivados e Materiais relacionados (exceto quando descrito na inclusão)• SADT:<ul style="list-style-type: none">○ Exames de medicina diagnóstica e terapias pré e pós-procedimento (exceto quando descrito na inclusão)	01 (uma) sessão	
	01 (uma) sessão	
	Incluso	
	Incluso descartáveis	
	Incluso	
	Incluso	
	Incluso	
	Excluso	

<ul style="list-style-type: none"> o Anátomo Patológico, Citopatológico e exames de congelação (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Fisioterapia e Fonoaudiologia (exceto quando descrito nos itens de inclusão) 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Radioterapia 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: 	
<ul style="list-style-type: none"> o OPME (Órteses, próteses e materiais especiais) não mencionados na inclusão 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: 	
<ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos usualmente utilizados pelo paciente renal: Hemax, Eprex e Rocaltrol 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Quimioterápicos e adjuvantes 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Medicamentos de alto custo 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> o Vacinas e medicações específicas para patologias não relacionadas com o procedimento gerenciado contratado 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição: 	
<ul style="list-style-type: none"> o Nutrição comum, enteral, parenteral ou especial 	Excluso
<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências: 	
<ul style="list-style-type: none"> o Complicações e intercorrências 	Excluso

OBSERVAÇÕES

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

PACOTE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Sessão de 50 minutos

Código	Procedimento	Valor
3.09.09.03-1	Hemodiálise ambulatorial	R\$1.146,92

OBSERVAÇÕES

Código	Procedimento	Inclui	Valor
2.01.03.09-3	Atendimento fisiátrico no pré e pós- operatório de pacientes para prevenção de sequelas.	Pilates e/ou Five Konzept e/ou Fisioterapia e/ou Eletroterapia e/ou Ventosaterapia e/ou Massagem e/ou Avaliação	R\$74,20
2.01.03.10-7	Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto		R\$74,20
2.01.03.34-4	Miopatias		R\$74,20
2.01.03.40-9	Pacientes com doenças neuro-músculo-esqueléticas com envolvimento tegumentar		R\$74,20
2.01.03.50-6	Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna		R\$74,20
2.01.03.48-4	Patologia osteomioarticular em um membro		R\$74,20

2.01.03.11-5	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	Dry Needling ou Bandagem Funcional	R\$21,20
2.01.03.33-6	Manipulação vertebral	R.P.G.	R\$106,00
PACOTES OFTALMOLOGIA			
Código	Procedimento		Valor
6.00.00.78-3	Diária de enfermaria		R\$38,58
6.00.00.19-8	Diária de quarto		R\$59,33
6.00.00.77-5	Diária de apartamento		R\$109,53
6.00.00.15-5	Diária de hospital dia		R\$38,58
6.00.00.20-1	Diária de isolamento		R\$118,67
6.00.23.09-0	Hospital dia - cirurgia porte 0		R\$27,10
6.00.23.10-4	Hospital dia - cirurgia porte 1		R\$36,47
6.00.23.11-2	Hospital dia - cirurgia porte 2		R\$63,82
6.00.23.12-0	Hospital dia - cirurgia porte 3		R\$88,72
6.00.23.13-9	Hospital dia - cirurgia porte 4		R\$110,90
6.00.23.14-7	Hospital dia - cirurgia porte 5		R\$108,44
6.00.23.15-5	Hospital dia - cirurgia porte 6		R\$172,52
6.00.23.16-3	Hospital dia - cirurgia porte 7		R\$197,16
8.00.10.33-4	Taxa de uso de equipamento cirúrgico		R\$19,68
6.00.23.18-0	Taxa de sala de recuperação pós anestésica		R\$10,99
8.00.10.40-7	Taxas administrativas		R\$7,21
8.00.10.41-5	Serviços de enfermagem		R\$3,84
60.03.176-0	Oxímetro		R\$8,68
6.00.28.34-3	Ar comprimido centro cirúrgico		R\$11,70
8.00.10.43-1	Gasoterapia p/hora		R\$7,76
6.00.25.54-9	Bisturi elétrico bipolar		R\$18,66
6.00.26.60-0	Taxa da sala de endolaser		R\$258,31
6.00.29.22-6	Monitor Cardíaco no centro cirúrgico		R\$79,48
6.00.27.42-8	Taxa de Microscópio Cirúrgico		R\$57,69
60.03.371-1	Taxa de sala de P.S. / observação		R\$31,95
8.00.10.49-0	Taxa de sala para procedimentos em pacientes internados		R\$10,99
60.00.047-3	Café da manhã - para acompanhante de pacientes até 18 anos		R\$7,76
6.00.33.53-3	Almoço - para acompanhante de pacientes até 18 anos		R\$11,41
6.00.33.54-1	Café da tarde - para acompanhante de pacientes até 18 anos		R\$7,76
6.00.33.53-3	Jantar -para acompanhante de pacientes até 18 anos		R\$11,41
6.00.33.54-1	Café da manhã - para acompanhante de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos		R\$7,46
6.00.33.53-3	Almoço - para acompanhante de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos		R\$10,97
6.00.33.54-1	Café da tarde - para acompanhante de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos		R\$7,46
6.00.33.53-3	Jantar - para acompanhante de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos		R\$10,97
CONJUNTIVA			
Código	Procedimento		Valor

3.03.03.02-8	Biopsia	R\$178,00
3.03.03.04-4	Infiltração Sub-Conjuntival	R\$178,00
3.03.03.06-0	Pterígio - Exérese	R\$533,99
3.03.03.07-9	Reconstituição de fundo de saco	R\$771,31
3.03.03.08-7	Sutura de conjuntiva	R\$178,00
3.03.03.10-9	Tumor de conjuntiva - Exérese	R\$533,99
3.03.03.01-0	Autotransplante Conjuntival	R\$771,31
CÓRNEA		
Código	Procedimento	Valor
3.15.01.01-0	Transplante de Córnea (não incluso Trépanos)	R\$3.322,55
3.03.04.10-5	Delaminação corneana com fotoablação estromal - LASIK (monocular)	R\$949,29
3.03.04.09-1	Fotoablação de superfície convencional - PRK - córnea (monocular)	R\$949,29
3.03.04.05-9	Recobrimento Conjuntival	R\$394,91
3.03.04.06-7	Sutura de córnea (c/ ou s/ Hérnia de Iris)	R\$889,97
3.03.04.04-0	PTK ceratectomia fototerapêutica - monocular - córnea	R\$889,97
3.03.04.08-3	Implante de anel intra-estromal - córnea	R\$3.203,88
	• Inclui:	
	o Honorários Médicos	
	o Taxas (sala, enfermagem, equipamentos e administrativas)	
	o Material inerentes ao procedimento	
	o Medicamentos inerentes ao procedimento	
	o Anel intra-estromal	
CÂMARA ANTERIOR		
Código	Procedimento	Valor
3.03.05.01-2	Paracentese da câmara anterior	R\$711,97
3.03.05.04-7	Retirada de Corpo Estranho da câmara anterior	R\$771,31
3.03.05.03-9	Remoção de Hifema	R\$771,31
CRISTALINO		
Código	Procedimento	Valor
3.03.06.01-9	Capsulotomia (Yag ou Cirurgia)	R\$771,31
3.03.06.07-8	Yag Laser	R\$246,82
3.03.06.04-3	Facectomia sem Implante	R\$1.305,28
3.03.06.02-7	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	R\$2.847,89
3.03.06.03-5	Facectomia com lente intra-ocular sem facoemulsificação	R\$2.491,91
3.03.06.06-0	Implante secundário / explante / fixação escleral ou iriana	R\$1.779,93
3.03.06.05-1	Fixação iriana de lente intra-ocular	R\$1.779,93
CORPO VÍTREO		
Código	Procedimento	Valor
3.03.07.07-4	Retirada de corpo estranho - corpo vítreo	R\$1.423,95
3.03.07.03-1	Endolaser/Endodiatermia - corpo vítreo	R\$315,64

3.03.07.04-0	Implante de Silicone Intravítreo	R\$5.458,47
3.03.07.05-8	Infusão de perfluorcarbono - corpo vítreo	R\$1.779,93
3.03.07.11-2	Vitrectomia Anterior	R\$2.135,92
3.03.07.12-0	Vitrectomia (Vias Pars Plana)	R\$4.153,19
3.03.07.10-4	Vitrectomia a céu aberto - ceratoprótese	R\$4.390,51
3.03.07.06-6	Membranectomia EPI ou sub-retiniana	R\$5.102,48
ESCLERA		
Código	Procedimento	Valor
3.03.08.03-8	Sutura	R\$771,31
BULBO OCULAR		
Código	Procedimento	Valor
3.03.09.01-8	Enucleação ou evisceração com ou sem implante - bulbo ocular	R\$1.008,63
3.03.09.03-4	Reconstituição de globo ocular com lesão de estruturas intra-oculares	R\$3.441,21
IRÍS E CORPO CILIAR		
Código	Procedimento	Valor
3.03.10.01-6	Biópsia	R\$379,72
3.03.10.02-4	Cicloterapia - qualquer técnica - em íris e corpo ciliar	R\$581,45
3.03.10.03-2	Cirurgias Antiglaucomatosas	R\$1.245,96
3.03.10.06-7	Fototrobeculoplastia (Laser)	R\$178,00
3.03.10.04-0	Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares - íris e corpo ciliar	R\$2.135,92
3.03.10.08-3	Iridectomia (laser ou cirúrgica)	R\$178,00
3.03.10.09-1	Iridociclectomia	R\$2.135,92
MÚSCULOS		
Código	Procedimento	Valor
3.03.11.02-0	Cirurgia com sutura ajustável - músculos oculares	R\$889,97
3.03.11.05-5	Injeção de toxina botulínica - monocular - músculos oculares	R\$1.127,29
3.03.11.03-9	Estrabismo ciclo vertical/transposição - monocular - tratamento cirúrgico	R\$1.083,93
3.03.11.04-7	Estrabismo horizontal - monocular - tratamento cirúrgico	R\$1.127,29
ÓRBITA		
Código	Procedimento	Valor
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo óptico	R\$3.797,20
3.03.02.04-8	Exenteração	R\$1.008,63
3.03.02.13-7	Tumor de órbita- Exérese	R\$2.966,56
3.03.02.10-2	Reconstituição de Paredes Órbitas	R\$3.441,21
3.50.20.07-4	Implante Oftalmológico com placa radioativa (Braquiterapia)	R\$29.665,58
	• Inclui:	
	• Honorários médicos	
	• Taxas (sala, enfermagem, equipamentos e materiais, administrativas)	
	• Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento	
	• Placa de Rutênio	

RETINA		
Código	Procedimento	Valor
3.03.12.10-8	Retinopexia Profilática	R\$818,78
3.03.12.08-6	Retinopexia com Introflexão	R\$2.491,91
3.03.12.08-6	Retinopexia c/ Introflexão Esclera +Vitrectomia +	R\$5.209,29
3.03.12.05-1	Infusão de gás expansor - ocular	R\$771,31
3.03.12.09-4	Retinopexia Pneumática	R\$818,78
VIAS LACRIMAIS		
Código	Procedimento	Valor
3.03.13.02-3	Dacriocistectomia	R\$652,64
3.03.13.03-1	Dacriocistorrinostomia	R\$1.305,28
3.03.13.04-0	Fechamento dos Pontos Lacrimais	R\$178,00
3.03.13.00-7	Sutura ou Reconstituição dos Canaliculos	R\$700,11
3.03.13.06-6	Sondagem das Vias Lacrimais com ou sem Lavagem	R\$498,38
3.03.13.07-4	Reconstituição de Pontos Lacrimais	R\$1.067,96
3.03.13.05-8	Reconstituição de Vias Lacrimais com Veia Safena ou Outro Material	R\$2.135,92
PÁLPEBRA		
Código	Procedimento	Valor
3.03.01.01-7	Abcesso	R\$178,00
3.03.01.02-5	Biopsia	R\$178,00
3.03.01.03-3	Biefarorrafia Definitiva	R\$379,72
3.03.01.07-6	Colomba - com Plástica	R\$949,29
3.03.01.04-1	Calázio - exeresse	R\$296,65
3.03.01.12-2	Epilação	R\$296,65
3.03.01.13-0	Epilação de cílios (diatermo-coagulação)	R\$296,65
3.03.01.08-4	Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio	R\$1.067,96
3.03.01.11-4	Epicanto - correção cirúrgica - unilateral	R\$949,29
3.03.01.18-1	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral	R\$1.127,29
3.03.01.21-1	Simbléfaro	R\$889,97
3.03.01.23-8	Sutura	R\$296,65
3.03.01.26-2	Triguiasse c/ Diatermo - Coagulação	R\$296,65
3.03.01.16-5	Pálpebra - reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor)	R\$652,64
3.03.01.17-3	Pálpebra - reconstrução total (com ou sem ressecção de tumor) - por estágio	R\$771,31
3.03.01.27-0	Xantelasma	R\$1.067,96
3.03.01.24-6	Tarsorrafia	R\$617,05
3.03.07.14-7	Tratamento quimioterapico com antiangiogenico	R\$4.189,12
3.03.12.13-2	Implante Intravítreo de Polímero Farmacológico de Liberação controlada	R\$4.630,08
3.03.01.00-9	Radiação para cross-linking corneano	R\$1.984,32
OBSERVAÇÃO		

<ul style="list-style-type: none"> - Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Honorários médicos o Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas o Serviços de enfermagem o Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento Filme ou CD o OPME, inclusive Lente Intra Ocular (LIO) nas facectomias - Exclui: <ul style="list-style-type: none"> o Internação por período superior ao previsto na inclusão o Intercorrências

PROCEDIMENTOS DIVERSOS

Código	Procedimento	Valor
3.03.01.01-7	Abscesso de pálpebra – drenagem	R\$49,53
2.01.03.01-8	Adaptação e treinamento de recursos ópticos para visão subnormal (por sessão) - binocular	R\$18,35
4.01.03.02-1	Análise computadorizada de papila e/ou fibras nervosas – monocular	R\$80,72
4.01.03.03-0	Análise computadorizada do seguimento anterior - monocular	R\$80,72
4.13.01.01-3	Angiofluoresceinografia – monocular	R\$58,70
4.13.01.02-1	Angiografia com indocianina verde – monocular	R\$80,72
3.03.12.01-9	Aplicação de placa radioativa episcleral	R\$516,28
3.03.03.01-0	Autotransplante conjuntival	R\$200,32
4.13.01.17-0	Avaliação de vias lacrimais - monocular	R\$49,53
4.13.01.03-0	Avaliação orbito-palpebral-exoftalmometria – binocular	R\$18,35
4.15.01.01-2	Biometria ultrassônica – monocular	R\$58,70
3.03.03.02-8	Biópsia de conjuntiva	R\$36,69
3.03.08.01-1	Biópsia de esclera	R\$80,72
3.03.10.01-6	Biópsia de Iris e Corpo Ciliar	R\$154,09
3.03.11.01-2	Biópsia de músculos	R\$80,72
3.03.01.02-5	Biópsia de pálpebra	R\$49,57
3.03.12.02-7	Biópsia de retina	R\$200,32
3.03.07.01-5	Biópsia de tumor via pars plana	R\$243,25
3.03.07.02-3	Biópsia de vítreo via pars plana	R\$152,62
3.03.01.03-3	Blefarorrafia	R\$102,72
3.03.01.04-1	Calázio	R\$49,53
4.01.03.13-7	Campimetria computadorizada – monocular	R\$36,69
3.03.01.05-0	Cantoplastia lateral	R\$200,32
3.03.01.06-8	Cantoplastia medial	R\$154,09
3.03.06.01-9	Capsulotomia YAG ou cirúrgica	R\$187,11
3.03.04.01-6	Cauterização de córnea	R\$36,69
3.03.04.02-4	Ceratectomia superficial – monocular	R\$117,41
4.13.01.08-0	Ceratoscopia computadorizada – monocular	R\$58,70
3.03.10.02-4	Cicloterapia – qualquer técnica	R\$243,25
3.03.11.02-0	Cirurgia com sutura ajustável – músculos	R\$516,28
3.03.13.01-5	Cirurgia da glândula lacrimal	R\$394,67

3.03.10.03-2	Cirurgias fistulizantes antiglaucomatosas	R\$558,03
3.03.10.04-0	Cirurgias fistulizantes com implantes vasculares	R\$623,21
3.03.01.07-6	Coloboma – com plástica	R\$364,86
1.01.01.01-2	Consulta ambulatorial em consultório (horário normal ou preestabelecido)	R\$63,60
3.03.04.03-2	Corpo estranho da córnea – retirada	R\$36,69
3.03.01.08-4	Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio	R\$394,67
3.03.01.09-2	Correção de bolsa palpebrais – unilateral	R\$262,32
3.03.02.01-3	Correção de enoftalmia	R\$558,03
2.01.04.32-4	Curativo oftalmológico – monocular	R\$18,35
4.13.01.12-9	Curva tensional diária - binocular	R\$49,53
3.03.13.02-3	Dacriocistectomia – unilateral	R\$394,67
3.03.13.03-1	Dacriocistorrinostomia com ou sem intubação – unilateral	R\$620,03
3.03.04.10-5	Delaminação corneana com fotoablação estromal – LASIK	R\$610,85
3.03.01.10-6	Dermatocalaze ou blefarocalaze – unilateral	R\$394,67
3.03.02.02-1	Descompressão de órbita ou nervo óptico	R\$721,37
3.03.10.05-9	Drenagem de descolamento de coróide	R\$243,25
3.03.07.03-1	Endolaser / endodiatermia	R\$243,25
3.03.09.01-8	Enucleação ou evisceração com ou sem implante	R\$516,28
3.03.08.02-0	Enxerto de esclera (qualquer técnica)	R\$554,90
3.03.03.03-6	Enxerto de membrana amniótica	R\$117,41
3.03.01.11-4	Epicanto – correção cirúrgica – unilateral	R\$333,86
3.03.01.12-2	Epilação	R\$27,52
3.03.01.13-0	Epilação dos cílios (diatermo coagulação)	R\$152,62
4.13.01.15-3	Estéreo-foto de papila – monocular	R\$18,35
3.03.11.03-9	Estrabismo ciclo vertical / transposição – monocular	R\$558,03
3.03.11.04-7	Estrabismo horizontal – monocular	R\$516,28
4.13.01.20-0	Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) – binocular	R\$18,35
3.03.02.03-0	Exenteração com osteotomia – cavidade orbitária	R\$763,57
3.03.02.04-8	Exenteração de órbita	R\$794,11
2.01.03.23-9	Exercícios de ortóptica (por sessão)	R\$9,17
3.03.02.05-6	Exerese de tumor com abordagem craniofacial oncológica (tempo facial) pálpebra, cavidade orbitária e olhos	R\$1.739,20
3.03.12.03-5	Exerese de tumor de coróide e/ou corpo ciliar	R\$794,11
3.03.06.02-7	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	R\$852,53
3.03.06.03-5	Facectomia com lente intra-ocular sem facoemulsificação	R\$721,37
3.03.06.04-3	Facectomia sem implante	R\$516,28
3.03.13.04-0	Fechamento dos pontos lacrimais	R\$36,69
3.03.01.14-9	Fissura palpebral – correção cirúrgica	R\$394,67
3.03.06.05-1	Fixação iriana de lente intra-ocular	R\$516,28
3.03.04.09-1	Fotoablação de superfície convencional – PRK	R\$397,15
3.03.12.04-3	Fotocoagulação (laser) – por sessão – monocular	R\$187,11
3.03.10.06-7	Fototrabeculoplastia (laser)	R\$187,11
3.03.02.06-4	Fratura de órbita – redução cirúrgica	R\$661,76
4.13.01.24-2	Gonioscopia – binocular	R\$18,35

3.03.10.07-5	Goniotomia ou Trabeculotomia	R\$721,37
3.03.04.08-3	Implante de anel intra-estromal	R\$1.025,43
3.03.07.04-0	Implante de silicone intravítreo	R\$243,25
3.03.06.06-0	Implante secundário / explante / fixação escleral ou iriana	R\$516,28
3.03.02.08-0	Implante secundário de órbita	R\$794,11
3.03.03.04-4	Infiltração subconjuntival	R\$18,35
3.03.12.05-1	Infusão de gás expansor	R\$154,09
3.03.07.05-8	Infusão de perfluorcarbono	R\$243,25
3.03.11.05-5	Injeção de toxina botulínica – monocular	R\$117,41
3.03.09.02-6	Injeção retrobulbar	R\$36,69
3.03.10.08-3	Iridectomia (laser ou cirúrgica)	R\$187,11
3.03.10.09-1	Iridociclectomia	R\$610,85
3.03.01.15-7	Lagoftalmo – correção cirúrgica	R\$333,86
4.13.01.25-0	Mapeamento de Retina (oftalmoscopia indireta) – monocular	R\$36,69
3.03.07.06-6	Membranectomia EPI ou sub-retiniana	R\$516,28
3.03.02.09-9	Microcirurgia para tumores orbitários	R\$1.373,04
4.13.01.26-9	Microscopia especular de córnea – monocular	R\$58,70
4.13.01.27-7	Oftalmodinamometria – monocular	R\$18,35
3.03.01.16-5	Pálpebra – reconstrução parcial (com ou sem ressecção de tumor)	R\$333,86
3.03.01.17-3	Pálpebra – reconstrução total (com ou sem ressecção de tumor) – por estágio	R\$455,39
3.03.12.06-0	Pancrioterapia periférica	R\$394,67
4.15.01.12-8	Paquimetria ultrassônica – monocular	R\$36,69
3.03.05.01-2	Paracentese de câmara anterior	R\$80,72
3.03.03.05-2	Plástica de conjuntiva	R\$225,36
4.13.01.30-7	Potencial de acuidade visual - monocular	R\$18,35
3.03.03.06-0	Pterígio – exereses	R\$117,41
3.03.04.04-0	PTK ceratectomia fototerapêutica – monocular	R\$516,28
3.03.01.18-1	Ptose palpebral – correção cirúrgica – unilateral	R\$394,67
3.03.04.05-9	Recobrimento conjuntival	R\$117,41
3.03.13.05-8	Reconstituição da vias lacrimais com silicone ou outro material	R\$394,67
3.03.03.07-9	Reconstituição de fundo de saco	R\$333,86
3.03.09.03-4	Reconstituição de globo ocular com lesão de estruturas intra- oculares	R\$721,37
3.03.02.10-2	Reconstituição de paredes orbitárias	R\$721,37
3.03.05.02-0	Reconstrução de câmara anterior	R\$721,37
3.03.02.11-0	Reconstrução parcial da cavidade orbital – por estágio	R\$620,03
3.03.02.12-9	Reconstrução total da cavidade orbital – por estágio	R\$721,37
3.03.05.03-9	Remoção de hifema	R\$516,28
3.03.12.07-8	Remoção de implante episcleral	R\$200,32
3.03.06.07-8	Remoção de pigmentos da lente intra-ocular com YAG-laser	R\$187,11
3.03.01.19-0	Ressecção de tumores palpebrais	R\$231,13
4.13.01.31-5	Retinografia (só honorário) - monocular	R\$18,35
3.03.12.08-6	Retinopexia com introflexão escleral	R\$721,37
3.03.12.09-4	Retinopexia pneumática	R\$303,59
3.03.12.10-8	Retinopexia profilática (criopexia)	R\$154,09

3.03.12.11-6	Retinotomia relaxante	R\$187,11
3.03.07.07-4	Retirada de corpo estranho – corpo vítreo	R\$516,28
3.03.05.04-7	Retirada de corpo estranho da câmara anterior	R\$516,28
3.03.07.08-2	Retirada de óleo de silicone via pars plana	R\$476,95
3.03.01.20-3	Retração palpebral	R\$394,67
3.03.01.21-1	Simbléfaro com ou sem enxerto – correção cirúrgica	R\$333,86
3.03.10.10-5	Sinequiotomia (cirúrgica)	R\$243,25
3.03.10.11-3	Sinequiotomia (laser)	R\$187,11
3.03.13.06-6	Sondagem das vias lacrimais – com ou sem lavagem	R\$49,53
3.03.01.22-0	Supercílio – reconstrução total	R\$394,67
3.03.03.08-7	Sutura de conjuntiva	R\$80,72
3.03.04.06-7	Sutura de córnea (com ou sem hérnia de Iris)	R\$279,00
3.03.08.03-8	Sutura de esclera	R\$397,15
3.03.01.23-8	Sutura de pálpebra	R\$133,55
3.03.04.07-5	Tarsoconjuntivoceratoplastia	R\$516,28
3.03.01.24-6	Tarsorrafia	R\$154,09
3.03.01.25-4	Telecanto – correção cirúrgica – unilateral	R\$333,86
4.15.01.14-4	Tomografia de Coerência Óptica (OCT) – monocular	R\$80,72
4.13.01.32-3	Tonometria – binocular	R\$18,35
3.15.01.01-0	Transplante de córnea	R\$924,08
3.03.03.09-5	Transplante de limbo	R\$516,28
3.03.01.26-2	Triquíase com ou sem enxerto	R\$201,78
3.03.07.09-0	Troca fluido gasosa	R\$243,25
3.03.02.13-7	Tumor de órbita – exereses	R\$794,11
3.03.03.10-9	Tumores de conjuntiva – exereses	R\$117,41
4.09.01.52-1	Ultrassonografia biomicroscópica – monocular	R\$80,72
4.09.01.53-0	Ultrassonografia diagnóstica – monocular	R\$80,72
4.09.01.01-7	US – Globo ocular – binocular	R\$49,53
4.13.01.36-6	Visão subnormal - monocular	R\$58,70
3.03.07.10-4	Vitrectomia a céu aberto - ceratoprótese	R\$852,53
3.03.07.11-2	Vitrectomia anterior	R\$516,28
3.03.07.12-0	Vitrectomia via pars plana	R\$794,11
3.03.01.27-0	Xantelasma palpebral – exereses – unilateral	R\$154,09
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, se necessário ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas ○ Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento ○ Filme ou CD • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior ao previsto na inclusão ○ Intercorrências 		

QUIMIOTERAPIA		
Código	Procedimento	Valor
6.00.23.40-6	Taxa de sala para infusão / pré-quimioterapia	R\$291,50
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acomodação ○ Acompanhamento e serviços de enfermagem ○ Preparo e instalação de soros pré quimioterapia e quimioterápicos ○ Glicemia capilar ○ Taxas (sala, equipamento, material, enfermagem e administrativas) ○ Materiais descartáveis e medicamentos inerentes ao procedimento (conforme <i>prescrição médica</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Atropina • Benadryl • Decadron • Hidrocortisona (100 ou 500 mg) • Omeprazol • Ondansetrona (4 ou 8 mg) • Rantidina • Sulfato de Magnésio • Gluconato de Cálcio 		
Código	Procedimento	Valor
3.09.13.12-8	Retirada de Infusor	R\$20,67
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acomodação ○ Acompanhamento e serviços de enfermagem ○ Taxas (sala, enfermagem, equipamento, material e administrativas) ○ Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento 		
Código	Procedimento	Valor
0.00.00.00-1	Heparinização de Cateter	R\$275,60
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acomodação ○ Acompanhamento e serviços de enfermagem ○ Taxas (enfermagem, sala, material, equipamentos e administrativas) ○ Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento 		
Código	Procedimento	Valor
0.00.00.00-2	Punção periférica	R\$37,10
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acomodação ○ Acompanhamento e serviços de enfermagem ○ Taxas (enfermagem, sala, material, equipamentos e administrativas) 		

- o Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento

Código	Procedimento	Valor
0.00.00.00-2	Punção Port-A-Cath para quimioterapia com infusor portátil	R\$540,60
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Acomodação o Acompanhamento e serviços de enfermagem o Taxas (enfermagem, sala, material, equipamentos e administrativas) o Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento o Agulha para Port-A-Cath e Infusor portátil 		

PACOTE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Código	Procedimento	Valor
4.08.07.07-0	Tomografia renal sem contraste	R\$116,60
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrsica ou órbitas	R\$116,60
4.10.01.02-8	Mastóides ou orelhas	R\$116,60
4.10.01.03-6	Face ou seios da face	R\$116,60
4.10.01.04-4	Articulações temporo-mandibulares	R\$116,60
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireóide e faringe)	R\$159,00
4.10.01.07-9	Tórax	R\$159,00
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	R\$180,20
4.10.01.10-9	Abdome superior	R\$159,00
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia	R\$159,00
4.10.01.12-5	Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	R\$116,60
4.10.01.13-3	Coluna - segmento adicional	R\$116,60
4.10.01.14-1	Articulação (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho)	R\$116,60
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa)	R\$116,60

- **Inclui:**
 - o Honorários médicos
 - o Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, quando necessário
 - o Serviços de enfermagem
 - o Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas
 - o Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento
 - o Filme ou CD
- **Exclui:**
 - o Internação por período superior ao previsto na inclusão Intercorrências

PACOTE RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Sem contraste

Descrição	Valor
Até 70 (setenta) exames mensais	R\$339,20
Até 80 (oitenta) exames mensais	R\$328,60
Até 90 (noventa) exames mensais	R\$318,00
Até 120 (cento e vinte) exames mensais	R\$307,40

PACOTE ULTRASSONOGRAFIA		
Código	Procedimento	Valor
4.09.01.11-4	Mamas	R\$63,60
4.09.01.12-2	Abdome total (inclui abdome inferior)	R\$127,20
4.09.01.13-0	Abdome superior (fígado, vias biliares, vesícula, pâncreas)	R\$63,60
4.09.01.14-9	Retroperitônio (grandes vasos ou adrenais)	R\$63,60
4.09.01.15-7	Aparelho urinário feminino (rins, ureteres e bexiga)	R\$127,20
4.09.01.16-5	Aparelho urinário masculino (rins, ureteres e bexiga)	R\$127,20
4.09.01.17-3	Abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais)	R\$63,60
4.09.01.18-1	Abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexos)	R\$63,60
4.09.01.20-3	Órgãos superficiais (tireóide,escroto ou pênis ou Crânio)	R\$63,60
4.09.01.21-1	Estruturas superficiais (Cervical ou axilas, etc)	R\$63,60
4.09.01.22-0	Articular (por articulação)	R\$63,60
4.09.01.23-8	Obstétrica	R\$95,40
4.09.01.24-6	Obstétrica convencional com Doppler colorido	R\$127,20
4.09.01.25-4	Obstétrica com translucência nucal	R\$148,40
4.09.01.26-2	Obstétrica morfológica	R\$148,40
4.09.01.27-0	Obstétrica gestação múltipla - cada feto	R\$84,80
4.09.01.29-7	Obstétrica primeiro trimestre (endovaginal)	R\$84,80
4.09.01.30-0	Transvaginal (inclui abdome inferior feminino)	R\$63,60
4.09.01.31-9	Transvaginal para controle de ovulação (3 ou mais exames)	R\$127,20
4.09.01.33-5	Próstata transretal (inclui abdome inferior masculino)	R\$84,80
4.09.01.35-1	Doppler colorido transcraniano ou transfontanela	R\$127,20
4.09.01.36-0	Estudo de três ou mais vasos com doppler convencional	R\$148,40
4.09.01.37-8	Doppler colorido de vasos cervicais venosos bilateral (subclávia e jugulares)	R\$148,40
4.09.01.38-6	Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada	R\$148,40
4.09.01.39-4	Doppler colorido de aorta e artérias renais	R\$148,40
4.09.01.41-6	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celíaco)	R\$148,40
4.09.01.45-9	Doppler colorido arterial de membro superior - unilateral	R\$148,40
4.09.01.46-7	Doppler colorido venoso de membro superior - unilateral	R\$148,40
4.09.01.47-5	Doppler colorido arterial de membro inferior - unilateral	R\$148,40
4.09.01.48-3	Doppler colorido venoso de membro inferior - unilateral	R\$148,40
4.09.01.50-5	Obstétrica: perfil biofísico fetal	R\$84,80
4.09.01.51-3	Doppler colorido de artérias penianas, sem farmacoindução	R\$148,40
4.09.02.09-9	Punção aspirativa orientada por US	R\$63,60
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, quando necessário ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas ○ Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento ○ Filme ou CD 		

- **Exclui:**

- o Internação por período superior ao previsto na inclusão
- o Intercorrências

PACOTE ANATOMIA PATOLÓGICA

Código	Procedimento	Valor
4.06.01.01-3	Procedimento diagnóstico peroperatório sem deslocamento do patologista	R\$242,11
4.06.01.02-1	Procedimento diagnóstico peroperatório - peça adicional ou margem cirúrgica	R\$192,46
4.06.01.03-0	Procedimento diagnóstico peroperatório com deslocamento do patologista	R\$325,21
4.06.01.04-8	Necropsia de adulto/criança e natimorto com suspeita de anomalia genética	R\$947,83
4.06.01.05-6	Necropsia de embrião / feto até 500 gramas	R\$494,77
4.06.01.06-4	Microscopia eletrônica	R\$741,47
4.06.01.11-0	Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block"	R\$79,24
4.06.01.12-9	Procedimento diagnóstico citopatológico oncológico de líquidos e raspados cutâneos	R\$79,24
4.06.01.13-7	Procedimento diagnóstico em citopatologia cérvico-vaginal oncológica	R\$39,62
4.06.01.14-5	Procedimento diagnóstico em citologia hormonal seriado	R\$58,78
4.06.01.15-3	Procedimento diagnóstico em revisão de lâminas ou cortes histológicos seriados	R\$251,92
4.06.01.16-1	Procedimento diagnóstico em citologia hormonal isolado	R\$24,95
4.06.01.17-0	Procedimento diagnóstico em painel de imunoistoquímica (duas a cinco reações)	R\$580,72
4.06.01.18-8	Procedimento diagnóstico em reação imunoistoquímica isolado	R\$326,26
4.06.01.20-0	Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples	R\$133,80
4.06.01.21-8	Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa	R\$173,86
4.06.01.22-6	Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) - máximo de três margens	R\$79,24
4.06.01.23-4	Procedimento diagnóstico em amputação de membros sem causa oncológica	R\$153,97
4.06.01.24-2	Procedimento diagnóstico em amputação de membros - causa oncológica	R\$318,36
4.06.01.25-0	Procedimento diagnóstico em lâminas de PAFF (até 5)	R\$79,24
4.06.01.26-9	Coloração especial por coloração	R\$39,62
4.06.01.27-7	Procedimento diagnóstico em imunofluorescência	R\$621,43
4.06.01.28-5	Procedimento diagnóstico em painel de hibridização "in situ"	R\$621,43
4.06.01.29-3	Procedimento diagnóstico por captura híbrida	R\$291,27
4.06.01.30-7	Procedimento diagnóstico em citometria de fluxo (R monoclonal pesquisado)	R\$127,60
4.06.01.32-3	Procedimento diagnóstico citopatológico em meio líquido	R\$60,65
4.06.01.31-5	Procedimento diagnóstico em citometria de imagens	R\$621,43
4.06.01.43-9	Instabilidade de microssatélites por PCR em bloco de parafina	R\$1.834,27
4.05.03.77-1	Pesquisa mutação K-RAS	R\$2.332,00
4.05.03.77-1	Pesquisa mutação N-RAS	R\$2.120,00
4.05.03.76-3	Pesquisa mutação EGFR	R\$2.315,04
4.05.01.15-9	PESQUISA MUTAÇÃO ALK (p/ FISH)	R\$1.736,28
4.05.03.76-3	Pesquisa de mutação PDL. 1	R\$2.315,04

PACOTE DIVERSOS

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

2.01.02.01-1	Holter - 24 horas - 2 ou mais canais - analógico	R\$200,86
2.01.02.02-0	Holter – 24 horas – 3 canais – digital	R\$145,86
2.01.02.03-8	Monitorização ambulatorial da Pressão Arterial – MAPA 24 horas	R\$145,86
2.02.02.01-6	Cardiotocografia anteparto	R\$33,19
4.01.05.07-5	Prova de função pulmonar completa (ou espirometria)	R\$106,00
4.08.08.00-9	Biópsia percutânea de fragmento mamário (Core Biopsy) – orientada por USG ou Rx – agulha grossa	R\$270,28
4.08.08.13-0	Densitometria óssea – coluna e fêmur	R\$148,61
4.08.08.12-2	Densitometria óssea – um segmento	R\$98,75
4.08.08.03-3	Mamografia convencional bilateral	R\$106,35
4.08.08.04-1	Mamografia digital bilateral	R\$141,04
4.08.08.10-6	Mamotomia por estereotaxia ou USG	R\$386,79
4.08.08.06-8	Marcação pré-cirúrgica por estereotaxia, orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base)	R\$185,62
4.08.08.08-4	Punção ou biópsia mamária percutânea por agulha fina orientada por imagem (já inclui o exame de base)	R\$171,82
4.13.01.10-2	Colposcopia (cérvix uterina e vagina)	R\$51,37
4.13.01.37-4	Vulvosscopia (vulva e períneo)	R\$51,37
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, quando necessário ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas ○ Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento ○ Filme ou CD • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior ao previsto na inclusão ○ Intercorrências 		
PACOTE TILT TEST		
Código	Procedimento	Valor
2.01.02.07-0	Tilt Teste	R\$349,17
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, quando necessário ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas ○ Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento ○ Filme ou CD • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Internação por período superior ao previsto na inclusão ○ Intercorrências 		
PACOTE PET-CT		

Código	Procedimento	Valor
4.07.08.12-8	PET dedicado oncológico	R\$2.998,10
4.10.01.22-2	TC para PET dedicado oncológico	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Repouso em enfermaria, apartamento ou dependência para este fim, por 06 (seis) horas, quando necessário ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, enfermagem, equipamentos, materiais e administrativas ○ Oxímetro de pulso ○ Equipamentos, Materiais e Medicamentos inerentes ao procedimento ○ Radiofármaco <ul style="list-style-type: none"> ○ Filme ou CD ○ Kit lanche • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Anestesia Geral ○ Internação por período superior ao previsto na inclusão ○ Intercorrências de qualquer natureza, as quais se houver, serão cobradas de acordo com os valores das tabelas acordadas 		
Código	Procedimento	Valor
4.07.08.12-8	PET/CT ou PET/RM cerebral	R\$1.500,00
Radiofármaco: FDG Indicação Clínica: Demência, Alzheimer, déficit cognitivo		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento ○ Radiofármaco <ul style="list-style-type: none"> ○ Filme radiológico ○ Orientação e preparo para a realização do procedimento • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualquer procedimento ou tratamento de outra natureza, materiais e medicamentos não previstos ○ Associação de técnicas anestésicas e intercorrências ○ Diárias de Internação ○ Remoção por complicações clínicas ○ Interconsultas ○ Serviços não descritos nos itens inclusos 		
Procedimento		Valor
PET/CT ou PET/RM corpo inteiro		R\$3.800,00
Radiofármaco: Análogo da somatostatina Indicação Clínica: Tumores Neuroendócrino		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento 		

- Radiofármaco
 - Filme radiológico
 - Orientação e preparo para a realização do procedimento
- **Exclui:**
 - Qualquer procedimento ou tratamento de outra natureza, materiais e medicamentos não previstos
 - Associação de técnicas anestésicas e intercorrências
 - Diárias de Internação
 - Remoção por complicações clínicas
 - Interconsultas
 - Serviços não descritos nos itens inclusos

Procedimento	Valor
--------------	-------

PET/CT ou PET/RM corpo inteiro Radiofármaco: Marcador de proteína de superfície de próstata Indicação Clínica: Tumores de próstata resistente à castração	R\$3.500,00
---	-------------

- **Inclui:**
 - Honorários médicos
 - Serviços de enfermagem
 - Taxas de sala, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento
- Radiofármaco
 - Filme radiológico
 - Orientação e preparo para a realização do procedimento
- **Exclui:**
 - Qualquer procedimento ou tratamento de outra natureza, materiais e medicamentos não previstos
 - Associação de técnicas anestésicas e intercorrências
 - Diárias de Internação
 - Remoção por complicações clínicas
 - Interconsultas
 - Serviços não descritos nos itens inclusos

Procedimento	Valor
--------------	-------

PET/CT ou PET/RM cerebral Radiofármaco: Marcador de proteína B-amilóide Indicação Clínica: Diagnóstico de Alzheimer	R\$4.300,00
---	-------------

- **Inclui:**
 - Honorários médicos
 - Serviços de enfermagem
 - Taxas de sala, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento
- Radiofármaco
 - Filme radiológico
 - Orientação e preparo para a realização do procedimento
- **Exclui:**
 - Qualquer procedimento ou tratamento de outra natureza, materiais e medicamentos não previstos
 - Associação de técnicas anestésicas e intercorrências

<ul style="list-style-type: none"> ○ Diárias de Internação ○ Remoção por complicações clínicas ○ Interconsultas ○ Serviços não descritos nos itens inclusos 		
Procedimento		Valor
PET/CT ou PET/RM corpo inteiro Radiofármaco: NaF - Fluoreto de sódio Indicação Clínica: Avaliação de doença óssea metastática		R\$1.200,00
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários médicos ○ Serviços de enfermagem ○ Taxas de sala, materiais e medicamentos inerentes ao procedimento ○ Radiofármaco <ul style="list-style-type: none"> ○ Filme radiológico ○ Orientação e preparo para a realização do procedimento • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualquer procedimento ou tratamento de outra natureza, materiais e medicamentos não previstos ○ Associação de técnicas anestésicas e intercorrências ○ Diárias de Internação ○ Remoção por complicações clínicas ○ Interconsultas ○ Serviços não descritos nos itens inclusos 		
PACOTE MEDICINA HIPERBÁRICA		
Procedimento		Valor
Medicina Hiperbárica – por sessão		R\$388,49
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Honorários Médicos ○ Programação das sessões ○ Monitoramento Médico Especializado ○ Medicação (analgésicos, sedativos e antitérmico) necessários para a realização da sessão ○ Oxigênio (aproximadamente 35m³/sessão) – sessão de 2 horas 		
PACOTE DE EXAMES TOXICOLÓGICOS *		
Código	Procedimento	Valor
4.03.13.14-0	Dosagem Álcool Etilíco no Sangue	R\$22,15
4.03.13.20-4	Dosagem Álcool Metílico na Urina	R\$22,15
4.03.01.33-8 4.03.01.57-5 4.03.22.01-7 4.03.22.10-6	Exame Toxicológico em pêlos (anfetaminas e derivados, cocaína, maconha e opiáceos)	R\$95,40
OBSERVAÇÕES		
* Os exames serão coletados na Organização credenciante e encaminhados para serem analisados na organização credenciada.		

PACOTE DE COLETA E ANÁLISE DE LÍQUOR		Valor
		R\$705,00
COMPOSIÇÃO		
Código	Descrição	
40309010	Adenosina de aminase (ADA)	
40310426	Antibiograma automatizado	
40309053	Criptococose, cândida, aspérgilus (látex)	
40310051	B.A.A.R. (Ziehl ou fluorescência, pesquisa direta e após homogeneização)	
40310060	Bacterioscopia (Gram, Ziehl, Albert etc), por lâmina	
40309029	Bioquímica ICR (proteínas + pandy + glicose + cloro)	
40601129	Células, pesquisa de células neoplásicas (citologia oncológica)	
40309037	Células, contagem total e específica	
40306658	Cisticercose, AC	
40306666	Citomegalovírus IgG	
40306674	Citomegalovírus IgM	
40301559	Cloro	
40310124	Cultura bacteriana (em diversos materiais biológicos)	
40310140	Cultura para fungos	
40310159	Cultura para mycobacterium	
40301729	Desidrogenase láctica	
40309061	Eletroforese de proteínas no líquido, com concentração	
40310019	A fresco, exame	
40310230	Fungos, pesquisa de (a fresco lactofenol, tinta da China)	
40302040	Glicose	
40307093	Herpes simples - IgM	
40307085	Herpes simples - IgG	
40307182	HIV1+ HIV2, (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	
40307212	HTLV1 ou HTLV2 pesquisa de anticorpo (cada)	
40307220	IgA	
40307280	IgG	
40307280	IgG	
40307301	IgM	
40307301	IgM	
40301109	Ácido láctico (lactato)	
40302377	Proteínas Totais	
30715253	Punção líquórica	
40309169	Punção lombar com manometria para coleta de líquido cefalorraqueano	
40309150	Punção cisternal suboccipital com manometria para coleta de líquido cefalorraqueano	
40307719	Schistosomose - IgG	
40307735	Sífilis - FTA-ABS-IgG	
40307760	Sífilis - VDRL	
40307824	Toxoplasmose IgG	
40307107	Herpes zoster - IgG	
40307115	Herpes zoster - IgM	
10101039	Em pronto socorro	
10102019	Visita hospitalar (paciente internado)	
MATERIAIS:		
Aguilha p/ Raqui Spinal pta.lap. 22g x 90 mm		
Tubo Ensaio 18X180 c/tampa esteril		
Manometro p/ aparelho pressao		

PACOTE BETATERAPIA (PLACA DE ESTRÔNCIO POR CAMPO)		
Código	Procedimento	Valor
41203011	Placa de Estrôncio por Campo	R\$25,00
60024666	Taxa de Aparelho de Betaterapia por Sessão	R\$25,00
60023422	Taxa de Sala por Sessão	R\$40,00

PACOTE FOTOTERAPIA COM UVA (PUVA por Sessão)		
Código	Procedimento	Valor
20104120	PUVA por Sessão	R\$30,00
60024976	Taxa de Aparelho de Fototerapia por Sessão	R\$30,00
60023384	Taxa de Sala por Sessão	R\$40,00

PACOTE INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL CICATRICIAL por Sessão		
Código	Procedimento	Valor
30101646	Infiltração Intralesional Cicatricial por Sessão	R\$40,00
60033746	Taxa de Sala para Aplicação de Medicação	R\$40,00
10101012	Consulta Médica em Consultório	R\$106,00
20104103	Curativos em Geral sem Anestesia	R\$40,00
60034025	Taxa de Sala por curativo simples	R\$40,00
Materiais e Medicamentos		Brasíndice/ Simpro



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ANEXO V - TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS NÃO HOSPITALAR
Data/Hora de Criação:	01/10/2021 14:52:39
Páginas do Documento:	20
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	21
Hash MD5:	aeac01ee76b38bc9cd09ae0cdd175d00
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 Ten Cel JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO no dia 01/10/2021 às 11:56:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ALEXANDRE DE ARAUJO MELO no dia 04/10/2021 às 14:33:21 no horário oficial de Brasília.



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

ANEXO VI

TABELA DE VALORES PARA OS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR, PSIQUIÁTRICA E ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

ATENDIMENTO DOMICILIAR (PACOTES)		
Procedimento	Fator	Valor
Baixa Complexidade – 06 (seis) horas	Diária	R\$185,50
Descrição		
<ul style="list-style-type: none">• ITENS INCLUSOS:<ul style="list-style-type: none">○ Avaliação inicial (hospital ou residência) para elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD)○ Avaliação e validação da residência○ Implantação Personalizada da atenção domiciliar○ Orientação à família e ao cuidador○ Plantão Técnico ou Auxiliar de Enfermagem 06 (seis) horas diárias○ Visita do Enfermeiro quinzenal○ Visita Médica mensal○ Cama manual com grades, colchão convencional, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro, papagaio ou comadre, aparelho de PA, estetoscópio, oxímetro de pulso e Termômetro○ EPI - Luva de procedimento. Máscara, etc (em caso de Isolamento, será cobrado em separado)○ Material para assepsia (Álcool Swab), Caixa para descarte de Pêrfuro Cortantes, saco de lixo Hospitalar○ Remoções de Alta e Intercorrência: Limitada a 01 (uma) remoção mês – Ambulância Simples		
ITENS EXCLUSOS: <ul style="list-style-type: none">○ Materiais○ Medicamentos○ Consumo de Oxigênio Medicinal		
<ul style="list-style-type: none">• Obs:<ul style="list-style-type: none">○ Será requerida autorização prévia da CONTRATANTE quando necessária a utilização dos itens constantes da exclusão		
Procedimento	Fator	Valor
Média Complexidade – 12 (doze) horas	Diária	R\$291,50
Descrição		
<ul style="list-style-type: none">• ITENS INCLUSOS:<ul style="list-style-type: none">○ Avaliação inicial (hospital ou residência) para elaboração do Plano de Atenção Domicilia (PAD)○ Avaliação e validação da residência○ Orientação à família e cuidador○ Implantação personalizada da atenção domiciliar○ Avaliação inicial Serviço Social○ Plantão Auxiliar ou Técnico de Enfermagem 12 horas diárias		

- o Visita Enfermeiro quinzenal
- o Visita Médica mensal
- o Visita Nutricionista mensal
- o Fisioterápica até 03 sessões por semana, conforme necessidade técnica
- o Cama manual com grades, colchão convencional, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro, papagaio ou comadre, aparelho de PA, estetoscópio, oxímetro de pulso e Termômetro
- o EPI - Luva de procedimento, máscara e etc (em caso de Isolamento, será cobrado em separado)
- o Material para assepsia (Álcool Swab), Caixa para descarte de Pérfuro Cortantes, saco de lixo Hospitalar
- o Remoções de Alta e Intercorrência: (Limitada a 01 remoção mês – Ambulância Simples)

ITENS EXCLUSOS:

- o Materiais
- o Medicamentos
- o Consumo de Oxigênio Medicinal

• **Obs:**

- o Será requerida autorização prévia da CONTRATANTE quando necessária a utilização dos itens constantes da exclusão

Procedimento	Fator	Valor
Alta Complexidade – 24 (vinte e quatro) horas	Diária	R\$556,50

Descrição

ITENS INCLUSOS:

- o Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD)
- o Avaliação e validação da residência
- o Orientação à família e cuidador
- o Implantação personalizada da atenção domiciliar
- o Avaliação inicial Serviço Social
- o Plantão Auxiliar ou Técnico de Enfermagem 24 horas diárias
- o Visita Enfermeiro semanal
- o Visita Médica semanal
- o Visita Nutricionista mensal
- o Fisioterapia até 07 sessões por semana, conforme necessidade técnica
- o Fonoaudióloga até 03 sessões por semana, conforme necessidade técnica
- o Cama manual com grades, colchão convencional, escadinha, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro, papagaio ou comadre, aparelho de PA, estetoscópio, oxímetro de mesa, Termômetro, Ambú e Bomba de Infusão
- o Serviço de Oxigenoterapia Intermitente – Incluso: Concentrador de O2, Torpedo de Oxigênio com até 1 (uma) recarga/mês
- o Coleta laboratorial domiciliar
- o Raios-X domiciliar (até 1X/mês)
 - o EPI - Luva de procedimento e máscara, (em caso de Isolamento, será cobrada a parte)
 - o Material para assepsia (Álcool Swab), Caixa para descarte de Pérfuro Cortantes, saco de lixo Hospitalar
 - o Remoções de Alta e Intercorrência: limitada a 01 (uma) remoção por mês – Ambulância Simples

ITENS EXCLUSOS:

- o Materiais
- o Medicamentos
- o Consumo de Oxigênio Medicinal acima do previsto na inclusão

• **Obs:**

- o Será requerida autorização prévia da CONTRATANTE quando necessária a utilização dos itens constantes da exclusão

Procedimento	Fator	Valor
Alta Complexidade – 24 (vinte e quatro) horas Com ventilação mecânica	Diária	R\$689,00

Descrição

ITENS INCLUSOS:

- o Respirador (de todos os tipos)
- o Avaliação inicial no hospital ou residência para elaboração do Plano de Atenção Domiciliar (PAD)
- o Avaliação e validação da residência
- o Orientação à família e cuidador
- o Implantação personalizada da atenção domiciliar
- o Avaliação inicial Serviço Social
- o Plantão Auxiliar ou Técnico de Enfermagem 24 (vinte e quatro) horas diárias
- o Visita Enfermeiro semanal
- o Visita Médica semanal
- o Visita Nutricionista mensal
- o Fisioterapia até 07 (sete) sessões por semana, conforme necessidade técnica
- o Fonoaudióloga até 03 (três) sessões por semana, conforme necessidade técnica
- o Cama manual com grades, colchão convencional, escadinha, suporte de soro, cadeira de rodas, cadeira higiênica, suporte de soro, papagaio ou comadre, aparelho de PA, estetoscópio, oxímetro de mesa, Termômetro, Ambú e Bomba de Infusão
 - o Serviço de Oxigenoterapia Contínuo – Incluso: Concentrador de O2, Torpedo de Oxigênio com até 1 (uma) recarga/mês
 - o Coleta laboratorial domiciliar
 - o Raios-X domiciliar (até 1 (uma) vez por mês)
 - o EPI - Luva de procedimento e máscara, (em caso de Isolamento, será cobrada a parte)
 - o Material para assepsia (álcool swab), caixa para descarte de material perfuro- cortantes, saco para lixo hospitalar
- o Remoções de Alta e Intercorrência: limitada a 01 (uma) remoção por mês – Ambulância Simples

ITENS EXCLUSOS:

- o Materiais
- o Medicamentos
- o Consumo de Oxigênio Medicinal acima do previsto na inclusão

• Obs:

- o Será requerida autorização prévia da CONTRATANTE quando necessária a utilização dos itens constantes da exclusão

CUIDADOR

Procedimento	Fator	Valor
Cuidados Gerais – 06 (seis) horas	Diária	R\$84,80
Cuidados Gerais – 08 (oito) horas	Diária	R\$100,70
Cuidados Gerais – 12 (doze) horas	Diária	R\$132,50
Cuidados Gerais – 24 (vinte e quatro) horas	Diária	R\$222,60

o Obs:

- o O cuidador auxiliará nas atividades da vida diária (Banho de aspersão com auxílio, leito, troca de fraldas, auxílio na alimentação, higiene pessoal, auxílio para deambulação em cadeira de rodas, acompanhamento em consultas médicas e passeios)

MEDCARE		
Procedimento	Fator	Valor
Medicação (IV, IM e/ou SC) – 4 (quatro) vezes ao dia – 6/6h	Diária	R\$159,00
Medicação (IV, IM e/ou SC) – 3 (três) vezes ao dia – 8/8h	Diária	R\$116,60
Medicação (IV, IM e/ou SC) – 2 (duas) vezes ao dia – 12/12h	Diária	R\$79,50
Medicação (IV, IM e/ou SC) – 1 (uma) vez ao dia – 24/24h	Diária	R\$42,40
<ul style="list-style-type: none"> ○ Obs: <ul style="list-style-type: none"> ○ Procedimento realizado por um profissional Técnico ou Auxiliar de Enfermagem ○ Material Incluso: para assepsia (álcool <i>Swab</i>), caixa para descarte do material pérfuro-cortante, saco para lixo Hospitalar, EPI (luva de procedimento, avental, máscara e gorro) 		
NURSECARE		
Procedimento	Fator	Valor
Curativo – lesão única – 3 (três) vezes ao dia – 8/8h	Diária	R\$116,60
Curativo – lesão única – 2 (duas) vezes ao dia – 12/12h	Diária	R\$74,20
Curativo – lesão única – 1 (uma) vez ao dia – 24/24h	Diária	R\$42,40
Curativo – múltiplas lesões – 3 (três) vezes ao dia – 8/8h	Diária	R\$137,80
Curativo – múltiplas lesões – 2 (duas) vezes ao dia – 12/12h	Diária	R\$90,10
Curativo – múltiplas lesões – 1 (uma) vez ao dia – 24/24h	Diária	R\$47,70
<ul style="list-style-type: none"> ○ Obs: <ul style="list-style-type: none"> ○ O banho e o curativo deverão ser realizados por um profissional Técnico ou Auxiliar de Enfermagem ○ EPI - Luva de procedimento, avental, máscara e gorro. ○ Materiais e medicamentos não inclusos 		
HONORÁRIOS = RECURSOS HUMANOS		
Descrição	Fator	Valor
Assistente Social	Avaliação	R\$68,90
Enfermeiro Visitador	Avaliação/ Consulta	R\$80,56
Enfermeiro Estomaterapeuta	Avaliação/ Consulta	R\$95,40
Fisioterapeuta	Avaliação/ Sessão	R\$68,90
Médico Clínico Geral – Visita	Avaliação/ Consulta	R\$243,80
Médico Especialista – Visita	Avaliação/ Consulta	R\$318,00
Nutricionista	Avaliação/ Visita	R\$74,20
Terapeuta Ocupacional	Avaliação/ Sessão	R\$84,80
Psicólogo	Avaliação/ Sessão	R\$90,00
Fonoaudióloga	Avaliação/ Sessão	R\$84,80
EQUIPAMENTOS		
Descrição	Fator	Valor

Ambú	Diária	R\$1,70
Andador	Diária	R\$2,07
Aparelho de Dextro (Glicosímetro)	Diária	R\$1,06
Aspirador elétrico	Diária	R\$3,18
Base aquecida	Diária	R\$7,42
Berço infantil com grade	Diária	R\$5,30
Bolsa porta Homelox	Diária	R\$5,29
Bomba de infusão	Diária	R\$9,01
Cadeira de rodas	Diária	R\$2,80
Cadeira higiênica	Diária	R\$2,80
Cama hospitalar elétrica	Diária	R\$12,72
Cama hospitalar mecânica	Diária	R\$4,77
Carrinho para cilindro de oxigênio	Diária	R\$1,06
Concentrador de oxigênio 3x1 – 10 litros – com backup		
Incluso:		
o Conector em T		
o Extensão de O2 com 04 (quatro) e 07 (sete) metros		
o Filtro externo para concentrador		
o Filtro para concentrador		
o Kit inalação		
o Kit Nebulização		
Inalador elétrico	Diária	R\$3,18
Nobreak	Diária	R\$5,30
Oxigênio Líquido – tanque	Diária	R\$37,10
Oxímetro de pulso portátil	Diária	R\$12,72
Oxímetro de mesa	Diária	R\$12,72
Bipap Synchrony		
Incluso:		
o Base aquecida		
o Circuito traqueia 22x1 - 80mm		
o Copo Umidificador		
o Extensão de O2 com 04 (quatro) e 07 (sete) metros		
o Filtro Bacteriológico		
o Filtro para Bipap		
o Super Set (espaço morto)		
o Umidificador aquecido		
o Válvula de exalação de O2		
Bipap Stellar		
Incluso:		
o Base aquecida		
o Circuito traqueia 22x1 - 80mm		
o Copo Umidificador		
o Extensão de O2 com 04 (quatro) e 07 (sete) metros		
o Filtro Bacteriológico		
	Diária	R\$58,30
	Diária	R\$58,30

o Filtro para Bipap		
o Super Set (espaço morto)		
o Umidificador aquecido		
o Válvula de exalação de O2		
Respirador Bipap Tranquility	Diária	R\$28,62
CPAP		
Incluso:		
o Circuito não invasivo	Diária	R\$13,78
o Circuito traqueia 22x1 - 80 mm		
o Válvula de exalação de O2		
Ventilador Mecânico LTV		
Incluso:		
o Base aquecida	Diária	R\$100,70
o Circuito		
o Extensão de O2 com 04 (quatro) e 07 (sete) metros		
o Filtro de ar		
o Super Set (espaço morto)		
o Umidificador aquecido		
o Válvula de exalação de O2		
o Copo para Base aquecida		
Ventilador Trilogy		
Incluso:		
o Base aquecida	Diária	R\$175,96
o Circuito		
o Extensão de O2 com 04 (quatro) e 07 (sete) metros		
o Filtro de ar		
o Super Set (espaço morto)		
o Umidificador aquecido		
o Válvula de exalação de O2		
o Copo para Base aquecida		
Suporte de soro	Diária	R\$1,06
Torpedo de ar comprimido 6m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de ar comprimido 8m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de ar comprimido 10m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de Oxigênio 1m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de Oxigênio 4m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de Oxigênio 8m³	Diária	R\$2,65
Torpedo de Oxigênio 10m³	Diária	R\$2,65
OXIGENOTERAPIA		
Descrição	Fator	Valor
Recarga de Oxigênio – Torpedo 1 m³	Diária	R\$37,10
Recarga de Oxigênio – Torpedo 4 m³	Diária	R\$50,88
Recarga de Oxigênio – Torpedo 8 m³	Diária	R\$101,76

Recarga de Oxigênio – Torpedo 10 m ³	Diária	R\$127,20
Recarga de Ar Comprimido – Torpedo 6 m ³	Diária	R\$103,88
Recarga de Ar Comprimido – Torpedo 8 m ³	Diária	R\$137,80
Recarga de Ar Comprimido – Torpedo 10 m ³	Diária	R\$172,78
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL		
Descrição	Fator	Valor
APH – Atendimento Pré Hospitalar	Uso	R\$530,00
Ambulância Simples / PERCURSO	Uso	R\$318,00
Ambulância UTI / PERCURSO	Uso	R\$636,00
EXAMES		
Descrição	Fator	Valor
Raios-X domiciliar	Uso	R\$159,00
ITENS SEM COBERTURA CONTRATUAL		
Descrição		
Materiais de higiene pessoal:		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Absorvente higiênico ○ Aparelho para barbear / tricotomia ○ Hastes flexíveis para higiene auricular / Cotonete ○ Creme dental ○ Escova de dente ○ Escova de cabelo ○ Esponja de banho ○ Fraldas descartáveis ○ Sabonetes ○ Cremes hidratantes ○ Talco ○ Pomadas preventivas ○ Cosméticos ○ Rouparia: ○ Travesseiro ○ Aquecedor e manta térmica ○ Blusa descartável ○ Lençol descartável ○ Manta ○ Meia ○ Cinta ○ Atadura ○ Calça elástica ○ Pijama descartável ○ Toalha descartável ○ Materiais de apoio e mobiliário descartáveis ○ Bacia plástica ○ Cadeira de apoio para banho ○ Plugue adaptador de tomadas elétricas ○ Bom-ar ○ Copos, pratos e talheres descartáveis ○ Materiais de apoio terapêutico ○ Bolsa térmica ○ Borracha para aspirador ○ Cânula de Guedel ○ Cinta Lombar ○ Colar Cervical ○ Colete Lombar 		

- Combi-red (tampa para soro)
- Dispositivo anti-trombolítico
- Imobilizadores para membros
- Faixa elástica pós-operatória
- Frasco para exames
- Gesso sintético
- Muletas
- Pasta gel
- Sandália para gesso
- Palmilha para calcâneo
- Termômetro
- Tipoias

INSTRUÇÕES GERAIS

- Pacientes sob os cuidados de Clínicas Geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são inelegíveis ao programa de Atenção Domiciliar
- O Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente. Não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas tais como limpar a casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.
- A necessidade da presença do Técnico de Enfermagem será apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como administrar medicações, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio às atividades diárias, como banho, são cuidados que podem ser realizados pelo Cuidador
- A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Considera que o Cuidador pode ser um familiar ou pessoa contratada, que auxilia o paciente em suas necessidades e atividades da vida diária. As principais atividades desempenhadas pelo Cuidador são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir-se e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar cabe à Família arcar com os custos de uma contratação, caso o Cuidador não seja algum parente
- Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de diárias
- No valor das diárias de Alta, Média e Baixa Complexidade, estão incluídos:
 - Troca de roupa de cama e banho de paciente
 - Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental
 - Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica (oral, enterais, por Sonda Nasogástrica, Gastrostomia, Jejunostomia ou Ileostomia)
 - Cuidados de Enfermagem:
 - Administração de medicamentos por todas as vias
 - Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos
 - Controle de sinais vitais
 - Controle de diurese
 - Sondagens
 - Mudanças de decúbito
 - Locomoção interna do paciente
 - Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc)
 - Cuidados e higiene pessoal do paciente
 - Manuseio da caixa para armazenamento de material perfuro-cortante e coleta de lixo
 - Cuidados com cateter (vesical, enteral, nasal, etc)
 - Uso de Equipamentos de Proteção Individual
 - Curativos de qualquer porte
 - Glicemia Capilar
 - Lavagem de bolsa de colostomia
 - Troca de fraldas
 - Monitoramento de suporte respiratório (oxigenoterapia, nebulização, etc)

- Preparo do corpo em caso de óbito
- Aspiração de secreção
- Demais atividades relacionadas ao serviço de técnico de enfermagem
- Orientação nutricional no momento da alta
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): máscaras descartáveis, aventais, luvas de procedimento não estéreis, óculos, toucas descartáveis e jalecos
- As dietas enterais e parenterais, Suprimentos Alimentares e OPME, sempre que possível, será fornecido pela CREDENCIANTE, de acordo com a prescrição médica. Será de responsabilidade da CREDENCIADA comunicar previamente a necessidade destes Insumos
- As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua de múltiplas medicações. Priorizar-se-á, sempre que possível, o uso do equipo com injetor lateral
- Colchões especiais (caixa de ovo, água, ar, etc) serão autorizados somente para pacientes com risco de feridas de pressão e mediante prescrição médica ou de Enfermeiro
- Materiais incluídos nas Taxas de Curativo:
 - Água oxigenada
 - Algodão
 - Band-Aid
 - Clorohehex (clorexidina)
 - Compressa cirúrgica
 - Escova de degermação
 - Escova para assepsia das mãos
 - Éter, Benzina e Tintura de Iodo
 - Fiso-hex
 - Povidine
 - Gazes
 - Manteiga de Cacau
- As determinações das trocas de artigos são baseadas nos prazos recomendados pelos fabricantes e da literatura científica:
 - Água destilada para respiradores – será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) mL por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) mL e em caso de micro nebulização 01 (uma) ampola por sessão
 - Aspiração traqueal – será pago 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) frasco de SF 0,9% ou Água Bidestilada de 10 mL por aspiração, até 06 (seis) vezes ao dia
 - Atadura de Crepon – será pago somente quando houver indicação. Não será pago em caso de uso para contenção do paciente
 - Bolsa Coletora de Urina (sistema fechado) – será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora. Sua troca deverá ser justificada e solicitada previamente à CONTRATADA
 - Bolsa de Colostomia Karaya – será pago 01 (uma) a cada 07 (sete) dias. Justificado pelo enfermeiro
 - Bolsa de Colostomia Plástico – 03 (três) por dia
 - Cânula de Traqueostomia - será pago 01 (uma) por traqueostomia. Troca somente em caso de intercorrências (obstrução ou perfuração do balão). A descrição deverá estar registrada em prontuário e a embalagem deve ser anexada
 - Cateter de Oxigênio - será pago 01 (um) por internação
 - Cateter heparinizado ou salinizado – somente com prescrição médica. Será pago 01 (uma) seringa de 10 (dez) mL, 01 (uma) agulha 25/7, 01 (uma) ampola de SF com 0,2 mL de heparina
 - Equipos – infusão NPT e QT. O pagamento será para cada troca de esquema
 - Equipo para infusão de drogas fotossensíveis – o pagamento será por droga/soro aplicado/dia utilizado
 - Jelcos e Scalps serão pagos 01 (um) a cada 04 (quatro) dias. Em caso de necessidade de troca anterior deverá ser justificada
 - Luva Estéril – será paga somente para realização de procedimento estéril
 - Sonda Nasoentérica – será pago 01 (uma) por internação. Sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa. Sua embalagem deverá ser anexada ao prontuário

- o Equipo (macrogotas, microgotas), extensor e tree-way (torneirinha) para infusão intravenosa – Deverá ser realizada troca a cada 96 (noventa e seis) horas. Podendo haver troca antecipada desde que justificado no prontuário do paciente
- o Equipo para infusão de dieta enteral - O pagamento será a cada 72 horas podendo ocorrer troca antecipada mediante justificativa. Após o uso é recomendado lavar o equipo e deixá-lo por até 30 minutos em solução de hipoclorito de sódio e enxaguar após (1 litro de água / 8 mL de hipoclorito). A solução poderá ser utilizada durante 24 horas
- o Frasco para administração de dieta – Segue as mesmas normas do item anterior
- o Seringa de 20 e 60 mL para lavar sondas enterais e administração de medicamentos. Será pago 01 (uma) a cada 07 (sete) dias e a periodicidade para pediatria será de 05 (cinco) dias
- o Sonda vesical de demora – será pago em caso de obstrução, contaminação ou mau funcionamento. Justificar em prontuário
- o Sonda Nasogástrica/Entérica – será pago em caso de obstrução, contaminação e mau funcionamento. Justificar no prontuário
- o Gastrostomia e Mickey – Será pago em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento. Justificar no prontuário
- o Gastrostomia temporária – Sonda de Foley – será pago em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento. Justificar em prontuário
- o Coletor para incontinência urinária masculina – será pago 01 (um) por dia
- o Frasco de coletor urinário – será pago 01 (um) a cada 07 (sete) dias

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Descrição	Valor
Protocolo 1 – individual – mensal	R\$3.052,80
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Pedagogia especializada – 02 (dois) períodos semanais o Fisioterapia – 12 (doze) sessões o Fonoaudiologia – 12 (doze) sessões o Terapia ocupacional – 12 (doze) sessões o Psicologia – 12 (doze) sessões 	
Descrição	Valor
Protocolo 2 – individual – mensal	R\$3.052,80
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Pedagogia especializada – 02 (dois) períodos semanais o Fisioterapia – 20 (vinte) sessões o Fonoaudiologia – 20 (vinte) sessões o Terapia ocupacional – 20 (vinte) sessões o Psicologia – 20 (vinte) sessões 	
Descrição	Valor
Protocolo 3 – individual – mensal	R\$3.052,80
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> o Fisioterapia – 28 (vinte e oito) sessões o Fonoaudiologia – 28 (vinte e oito) sessões o Terapia ocupacional – 28 (vinte e oito) sessões o Psicologia – 28 (vinte e oito) sessões 	
Descrição	Valor

Consultoria clínica e orientações clínicas no local de aplicação		R\$127,20
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Atendimento individual em Hospitais, clínica, residência ou escola ○ Referente à sessão com duração de 01 (uma) hora – fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional ou psicologia 		
PACOTE PSIQUIATRIA		
Descrição	Leitos	Valor
Enfermaria	2 (dois) ou mais leitos	R\$307,40
Apartamento Duplo com banheiro	02 (dois) leitos	R\$389,55
Apartamento privativo	01 (um) ou 02 (dois) leitos	R\$445,20
Apartamento duplo infantil	02 (dois) leitos	R\$500,85
Descrição		
Tipo		
Valor		
Avaliação médica na internação	Consulta inicial	R\$190,80
Avaliação psicológica na internação	Consulta inicial	R\$111,30
<ul style="list-style-type: none"> • Obs.: Não estão inclusos na diária os serviços de lavanderia, telefonemas, TV, frigobar, cantina e despesas com visitantes, Estas despesas serão de responsabilidade dos beneficiários ou de seus responsáveis 		
DEPENDÊNCIA QUÍMICA		
Descrição	Leitos	Valor
Internação – Diária Enfermaria	02 (dois) ou mais leitos	R\$286,20
Internação – Diária Apartamento Individual	01 (um) leito	R\$430,89
Tratamento Ambulatorial Dependência Química	Sessão	R\$78,79
Pós Tratamento (etapa de manutenção)	Sessão	R\$78,79
Tratamento de Codependência	Sessão	R\$78,79
HOSPITAL-DIA PSIQUIÁTRICO		
Descrição	Tipo	Valor
Observação psiquiátrica	Até 12 (doze) horas	R\$144,69
Hospital-dia psiquiátrico	Diária	R\$144,69
Hospital-dia psiquiátrico – meia diária	Até 06 (seis) horas	R\$111,30
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leito / acomodações ○ Honorários médicos ○ Apoio psicológico ○ Serviços de enfermagem ○ Inalação / oxigênio 		
Descrição		
Tipo		
Valor		
Consulta Psiquiátrica de urgência	Consulta	R\$116,60
Consulta Psiquiátrica Ambulatorial	Consulta	R\$106,00
Consulta Psiquiátrica infantil	Consulta	R\$144,69

Psicoterapia em grupo	Individual / sessão	R\$86,92
Psicoterapia familiar	Sessão	R\$86,92
Psicoterapia de casal	Sessão	R\$86,92
Avaliação psicológica com relatório	Sessão	R\$89,04
Psicoterapia individual	Sessão	R\$86,92
<ul style="list-style-type: none"> • Obs.: Internação com acompanhante – acréscimo de 40% (quarenta por cento) na diária 		
DIÁRIA COMPACTA		
APARTAMENTO/ ENFERMARIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Inclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação inicial psiquiátrica ○ Visita médica Clínica / Psiquiatra ○ Orientação à família ○ Assistência de Enfermagem ○ Enfermeiro ○ Terapia Ocupacional ○ Psicoterapia individual ○ Psicoterapia em grupo ○ Acomodações (hotelaria) ○ 5 (cinco) refeições ○ EPI – Luva de procedimento, máscara, gorro e etc ○ Material para assepsia (Álcool Swab), Caixa para descarte de pérfuro-cortante, saco de lixo Hospitalar ○ Equipamentos 		
<ul style="list-style-type: none"> • Exclui: <ul style="list-style-type: none"> ○ Materiais ○ Medicamentos ○ Oxigênio medicinal ○ Lavanderia ○ Acompanhante – se necessário ○ Telefonemas ○ TV ○ Frigobar ○ Cantina (responsabilidade do familiar e ou responsável) ○ Despesas com visitantes 		
<ul style="list-style-type: none"> • Obs.: Quando necessário, os itens excluídos requerem autorização da CREDENCIANTE 		
GASOTERAPIA		
DESCRIÇÃO		VALOR/DIÁRIA
Inalação (incluso: oxigênio, exclusivo: medicamento) - sessão		R\$16,70
Oxigênio (hora divisível)		R\$16,70
Ar Comprimido (hora divisível)		R\$6,68
<ul style="list-style-type: none"> • Obs.: Licença até 24 (vinte e quatro) horas – será cobrado meia diária 		



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	ANEXO VI - TABELA DE VALORES PARA OS SERVICOS DE ATENDIMENTO E INTERNACAO DOMICILIAR PSQUIATRICA E ATENDIMENTO MULTIPROF
Data/Hora de Criação:	01/10/2021 14:52:59
Páginas do Documento:	12
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	13
Hash MD5:	727d5aaa91441bdd47d13e32b2ce276a
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 Ten Cel JOÃO BAPTISTA ALVES FERREIRA FILHO no dia 01/10/2021 às 11:56:02 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Cel ALEXANDRE DE ARAUJO MELO no dia 04/10/2021 às 14:33:22 no horário oficial de Brasília.



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

ANEXO VII

TERMO DE ADESÃO

**TERMO DE ADESÃO AO
CREDENCIAMENTO DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS MÉDICOS N.º**

PROCESSO N.º: .

EDITAL DE CREDENCIAMENTO N.: .

1) ÓRGÃO CREDENCIADOR:

A União, por intermédio do(a) HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO, com sede na Avenida Olavo Fontoura, n.º 1400, na cidade de São Paulo / Estado São Paulo, inscrito(a) no CNPJ sob o n.º 00.394.429/106-88, neste ato representado(a) pelo(a) Sr. SIDNEY DIONISIO TOLEDO Cel Med GOB, nomeado(a) pela Portaria n.º 1.337/GC1 de 11 de setembro de 2017, publicada no DOU, Edição 175, Seção 2, Página 7, em 12 de setembro de 2017, inscrito(a) no CPF n.º 592.483.276-72, portador(a) da Carteira de Identidade n.º M3052729 – SSP/MG.

2) CREDENCIADO:

- ORGANIZAÇÃO CIVIL DE SAÚDE (OCS)
 PROFISSIONAL DE SAÚDE AUTÔNOMO (PSA)

, inscrito(a) no CPF/CNPJ n.º , com sede no(a) , na cidade de
/ Estado , neste ato representado(a) pelo(a) Sr.(ª) , inscrito(a) no
CPF sob o n.º , portador(a) da Carteira de Identidade R.G. n.º .

3) OBJETO:

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE Deve se limitar ao serviço especificamente contratado. Esta cláusula deve definir claramente quais os serviços/procedimentos que estão sendo contratados, para atendimento aos beneficiários do SISAU. Nela também devem constar todos os dados que caracterizem o prestador, ou seja: hospital geral, maternidade, hospital psiquiátrico, hospital-dia, clínicas ou hospitais especializados, bem como as especialidades e as áreas de atuação, o local e o horário de atendimento. Caso o serviço não seja integral, o Termo de Adesão deverá identificar, com clareza, os procedimentos contratados (por exemplo: artroscopia de joelho). Para prestadores de serviços hospitalares, devem ser especificados os tipos de acomodação contratados - se individual ou se coletivo, ou ambos.

4) VALOR ANUAL ESTIMADO: .

5) Aplicam-se a este Termo de Adesão as disposições contidas no Edital de Credenciamento acima referido e seus Anexos.

6) FUNDAMENTAÇÃO: Inexigibilidade de licitação, com fundamento no artigo 25, *caput*, da Lei nº 8.666, de 1993.

, de de 2020.

CRENCIADOR:

CRENCIADO:

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE TRABALHO FORÇADO OU DEGRADANTE

A Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, por intermédio de seu(ua) representante legal, o(a) Sr.(ª) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º _____, emitido por _____ e do CPF n.º _____, DECLARA para fins do disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, que não possui na sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado.

_____, de _____ de _____.

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE SUPERVENIÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, por intermédio de seu(u)a representante legal, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º _____, emitido por _____ e do CPF n.º _____, DECLARA, sob as penas da lei, que, até a presente data, inexistem fatos supervenientes impeditivos para sua habilitação no CREDENCIAMENTO n.º _____ do HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DE SÃO PAULO, ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

_____, de _____ de _____.

ANEXO X

RESERVA DE CARGOS PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

A Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, por intermédio de seu(ua) representante legal, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º _____, emitido por _____ e do CPF n.º _____, DECLARA, para fins de habilitação ao processo de Credenciamento do HFASP, que atende à reserva de cargos prevista em Lei para pessoa com deficiência ou para reabilitado da Previdência Social e às regras de acessibilidade previstas na Legislação, conforme disposto no art. 93 da Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991.

_____, de _____ de _____.

ANEXO XI



DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR (PESSOA JURÍDICA)

A Empresa _____, inscrita no CNPJ sob o n.º _____, por intermédio de seu(ua) representante legal, o(a) Sr.(ª) _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG n.º _____, emitido por _____ e do CPF n.º _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso XXIII do art. 7º da Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, e no inciso V do art. 27 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei n.º 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não possui em seu quadro de pessoal empregado(s) com menos de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, e em qualquer trabalho menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz a partir de 14 (quatorze) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz?

SIM NÃO

_____, de _____ de _____.
