ANEXO II - REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - H Mil A Recife - 2017

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as definições e conceituações, tabelas, índice, valores e outros serviços de saúde objeto do credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) do HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE (H Mil A Recife).

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

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1 **Procedimentos médicos realizados em Organização de Saúde (OCS) que não disponham de leitos hospitalares (ATENDIMENTO AMBULATORIAL) - Serviços e Exames Complementares de Diagnósticos e Terapia (SADT) em Geral.**

Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme tabela a seguir:

1 A	R$ 10,50	5 C	R$ 244,50	10 B	R$ 809,50
1 B	R$ 21,00	6 A	R$ 266,50	10 C	R$ 898,50
1 C	R$ 31,50	6 B	R$ 292,50	11 A	R$ 950,50
2 A	R$ 42,00	6 C	R$ 320,00	11 B	R$ 1.042,50
2 B	R$ 56,50	7 A	R$ 346,00	11 C	R$ 1.144,50

2 C	R$ 67,00	7 B	R$ 382,50	12 A	R$ 1.185,50
3 A	R$ 92,00	7 C	R$ 452,50	12 B	R$ 1.274,50
3 B	R$ 117,00	8 A	R$ 489,00	12 C	R$ 1.561,50
3 C	R$ 134,00	8 B	R$ 512,00	13 A	R$ 1.718,50
4 A	R$ 160,00	8 C	R$ 543,50	13 B	R$ 1.885,50
4 B	R$ 175,00	9 A	R$ 578,00	13 C	R$ 2.085,00
4 C	R$ 197,50	9 B	R$ 632,00	14 A	R$ 2.324,00
5 A	R$ 213,00	9 C	R$ 696,00	14 B	R$ 2.528,00
5 B	R$ 230,00	10 A	R$ 747,00	14 C	R$ 2.789,00

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

A regra acima **não** se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados.

Para fins de remuneração dos honorários das **consultas médicas em consultório (horário normal ou preestabelecido)** e de **urgência (em pronto socorro)** será utilizado o **Referencial de Honorários Médicos - UNIDAS-PE x CEHM** (Comissão Estadual de Honorários Médicos de Pernambuco).

O honorário da **visita médica hospitalar (paciente internado)** será de acordo com a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

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

Retorno de consulta de urgência: **não existe retorno** nos atendimentos em Pronto Socorro.

Ginecologia: Fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: **anamnese e exames de mamas**, **exame por meio do toque do útero e anexos**, e **inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal**.

Nutrição: Essa assistência é prestada para fins de **acompanhamento dietoterápico** e está limitada a **uma consulta a cada 30 dias**. Estão incluídas na consulta as **sessões de revisão e controle**. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

Oftalmologia: a consulta oftalmológica inclui: **anamnese**, **refração**, **inspeção e exames de pupilas**, **acuidade visual**, **retinoscopia e ceratometria**, **biomicroscopia do segmento anterior**, **exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático**. A **tonometria** é **paga somente na primeira consulta ou a cada seis meses para um mesmo**

paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

Psiquiatria: em **regime ambulatorial** o beneficiário tem direito a consulta - **uma a cada quinze dias** - e sessões psicoterápicas. As **sessões psicoterápicas** com psiquiatra estão limitadas a **duas sessões semanais** por beneficiário.

As remunerações dos **portes anestésicos** serão as seguintes:

PORTES	VALORES (R$) ENFERMARIA	VALORES (R$) APARTAMENTO
0*	Anestesia local	Anestesia local
1	195,63	391,26
2	286,33	572,66
3	421,43	842,86
4	623,09	1.246,18
5	963,84	1.927,68
6	1.344,97	2.689,94
7	1.913,57	3.827,14
8	2.524,56	5.049,12

**Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista.*

2.1.1 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de MÉTODOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM, ULTRA-SONOGRAFIA, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, RADIOTERAPIA, EXAMES ESPECÍFICOS, TESTES PARA DIAGNÓSTICOS e OUTROS

Os *Métodos Diagnósticos por Imagem contemplam:* Radiografias, Outros Exames (como *Densitometria Óssea e Mamografia Convencional e Digital*), Procedimentos Especiais (como *Colangiopancreatografia Retrógrada*, *Fistulografia* e *Punção Aspirativa orientada por Rx*), Neurorradiologia Radioscopia, Angiorradiologia e Métodos Intervencionistas / Terapêuticos por Imagem.

A *Ultra-Sonografia*, *Tomografia Computadorizada* e *Ressonância Magnética* contemplam respectivamente: Ultra-sonografia Diagnóstica e Intervencionista, Tomografia Computadorizada Diagnóstica e Intervencionista e Ressonância Magnética Diagnóstica e Intervencionista.

A *Radioterapia* contempla: Radioterapia Externa e Radioterapia Intervencionista.

Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura à Seção de Auditoria e Lisura do H Mil A Recife. Exames que não preveem o uso de contraste **somente terão o contraste remunerado se prescrito na requisição médica**.

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**.

Para m*étodos diagnósticos por imagem, ultra-sonografia* e t*omografia computadorizada* realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

2.1.2 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos de MEDICINA LABORATORIAL e TRANSFUSIONAL

A ***Medicina Laboratorial*** contempla: Bioquímica, Coprologia, Hematologia Laboratorial, Endocrinologia Laboratorial, Imunologia, Líquidos (*Cefalorraqueano* - Líquor , *Seminal*, *Amniótico*, *Sinovial* e *outros*), Microbiologia, Urinálise, Toxicologia /Monitorização Terapêutica, Biologia Molecular e Diversos.

Já a ***Medicina Transfusional*** contempla: Transfusão, Processamento e Procedimento

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**.

2.1.3 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos ANATOMIA PATOLÓGICA e CITOPATOLOGIA

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**.

Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o CREDENCIADO deverá remeter à Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE relatório simplificado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

2.1.4 Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos ENDOSCÓPICOS

Contempla os procedimentos de **Endoscopia Digestiva** e **Endoscopia Intervencionista**.

Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena,** a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

Para exames endoscópios realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

2.1.5 Demais Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos

Para os exames **não** descritos nos itens anteriores (2*.1.1, 2.1.2 e 2.1.3*), será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários profissionais** o **porte** será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

Para os demais procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, SEM o Custo Operacional.

2.2 **Medicamentos, Quimioterápicos e Radiofármacos**

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) **com acréscimo de 20% (vinte por cento) para OCS/PSA que exerçam atividades de filantropia e de 32% (trinta e dois por cento) para demais OCS/PSA.** O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico **não** será pago quimioterápico de marca, e **sim** o genérico.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme **dose fracionada consumida**.

Os **Radiofármacos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento.

Medicamentos de valor monetário **superior a R$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Antibióticos e **antifúngicos** necessitam de aprovação do médico auditor.

2.3 **Materiais Descartáveis**

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO com taxa de comercialização de 13% (treze por cento)** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE** vigente.

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

2.4 **Filme Radiológico**

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena,** e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. O valor a ser pago, por metro quadrado do filme, será de **R$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos)**.

2.5 **Fisioterapia Ambulatorial e Domiciliar**

As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, com **Custo Operacional (UCO) de R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários fisioterapêuticos,** ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

As sessões de fisioterapia terão a duração de **50 minutos**.

Em caso de atendimento domiciliar **não será remunerado taxa de deslocamento do CREDENCIADO** para atendimento do beneficiário.

O atendimento domiciliar será **limitado à Região Metropolitana do Recife (RMR)**, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

As Sessões de fisioterapia relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR R$
20103115	Pilates atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	R$ 25,00
50025129	RPG	R$ 40,00
5002512	Fisioterapia (Drenagem Linfática)	R$ 40,00
50025116	Hidroterapia	R$ 30,00

2.6 **Terapia Ocupacional**

As sessões de terapia ocupacional serão remuneradas conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, com **Custo Operacional (UCO) de R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários do terapeuta ocupacional**, ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

As Sessões de terapia ocupacional relacionadas abaixo serão remuneradas da seguinte forma:

TERAPIA OCUPACIONAL		
Avaliação / Consulta	**Sessão**	**Domiciliar**
R$ 42,00	R$ 42,00	R$ 69,00

2.7 **Fonoaudiologia**

As sessões de fonoaudiologia deverão ter a duração de **50 minutos**, e serão remuneradas da seguinte forma:

FONOAUDIOLOGIA		
	Avaliação/Consulta	**Sessão**
Fonoaudiologia Clínica	R$ 42,00	R$ 42,00
Fonoaudiologia Domiciliar	R$ 42,00	R$ 69,00

2.8 **Nutrição**

As consultas de nutrição serão remuneradas da seguinte forma:

NUTRIÇÃO	
Avaliação / Consulta Ambulatorial	**Consulta Domiciliar**
R$ 42,00	R$ 69,00

2.9 **Psicologia**

As sessões de psicologia deverão ter a duração de **50 minutos**, e serão remuneradas da seguinte forma:

PSICOLOGIA		
Avaliação / Consulta	**Sessão**	**Sessão Familiar**
R$ 42,00	R$ 50,00 (1)	R$ 69,00 (2)

(1) Psicoterapia individual e infantil
(2) Psicoterapia de casal

2.10 **Odontologia Buco-Maxilo-Facial**

Os *procedimentos em cirurgia hospitalar* serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, com o Custo Operacional (**UCO**) de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários odontológicos,** ficará estabelecido que o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena.**

2.11 Radiologia Odontológica

RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR em R$	INTRUÇÕES
50011001	Radiografia intra oral periapical	7,00	-
500111006	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico) - 14 radiografias	75,00	Composto por **10 radiografias periapicais** e **4 interproximais**. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011002	Radiografia intra oral interproximal - Bite-Wing	7,00	-
50011003	Radiografia intra oral oclusal	13,50	-
50011004	Radiografia Póstero-Anterior	27,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011005	Radiografia da ATM Série Completa (3 incidências)	67,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011006	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (Ortopantomografia)	22,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (Ortopantomografia) com traçado para implante	25,00	**Para Implantes**. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011007	Telerradiografia com traçado cefalométrico	25,00	**Com 2 traçados cefalométricos**. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
50011008	Telerradiografia	20,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
500081019	Traçado cefalométrico	5,00	Somente **para traçado adicional** (**máximo de 1**) solicitado por especialista em ORTODONTIA.
50011009	RX mão e punho - carpal	25,00	Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.

50011010	Modelos ortodônticos (par)	25,00	**Modelos de estudo para Ortodontia** (jogo articulado AS/AI) e/ou **Cirurgia Ortognática**. Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. **Não** devem ser considerados para implantes.
	Modelo Ortodôntico Digital 3D	35,00	**Modelos de estudo digitalizados para Ortodontia** e/ou **Cirurgia Ortognática**. Só deve ser solicitada por especialistas em ORTODONTIA e/ou CBMF. **Não** devem ser considerados para implantes
50011012	Fotografias	7,00	**Valor unitário**. No **máximo de 8** (oito). Devem ser **entregues impressas e em CD**. Só deve ser solicitada por especialistas m ORTODONTIA, CBMFe/ouIMPLANTODONTIA.
	Documentação Ortodôntica Básica	110,00	Inclui **panorâmica**, **telerradiografia c/ análise cefalométrica** (2 traçados), **modelos de estudo c/ discrepância**, **8 fotos** (03 extra-bucais: frente, perfil, perfil sorrindo e 05 intra-bucais: 02 laterais e 01 frontal, 02 oclusais), **CD com as imagens, caixa para modelos** e **pasta para as fichas**. Somente em Laboratório de Radiologia Especializado.
	Documentação Ortodôntica completa	120,00	Documentação Ortodôntica Básica + Modelo Ortodôntico Digital 3D
	Documentação padrão Dolphin 2D	225,00	Para planejamento de Cirurgia Ortognática
	Documentação padrão Dolphin 3D	400,00	Para planejamento de Cirurgia Ortognática

50011162	Tomografia Odontológica CONE BEAM (para **ATM**) - Duas Posições – Volumétrica	130,00	Só considerada quando solicitada por especialista em DTM ou CBMF. Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011158	Tomografia Odontológica CONE BEAM (**1 ou 2 Elementos Dentários**) – Volumétrica	110,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011159	Tomografia Odontológica CONE BEAM (**1 Arco Dental**) - Volumétrica	160,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.
50011160	Tomografia Odontológica CONE BEAM (2 **Arcos Dentais**) - Volumétrica	280,00	Somente para casos onde a radiografia não é suficiente para o perfeito diagnóstico do caso. Mediante avaliação da Auditoria e Autorização administrativa.

OBSERVAÇÃO:
1. Para a realização dos exames será necessário o pedido **assinado e carimbado pelo profissional que solicitou**, **com CRO** e **identificação legíveis**;
2. Exames que **não permitam a boa visualização** do caso e/ou com **baixa qualidade de processamento serão glosados**;
3. No caso de necessidade de Auditoria, enviar **todas as radiografias para o Auditor**;
4. As **Guias de Encaminhamento** deverão ser encaminhadas para a lisura na Seção de Auditoria e Lisura do CREDENCIANTE, obrigatoriamente, com o **pedido do exame em anexo**.

2.12 **Taxas Ambulatoriais**

As **taxas de sala ambulatoriais** serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

2.13 **Procedimentos médicos realizados em Organização Civil de Saúde (OCS) que disponham de leitos hospitalares (ATENDIMENTO HOSPITALAR) / Serviços e Exames Complementares de Diagnósticos e Terapia (SADT) em Geral.**

Para honorários médicos os valores para pagamento serão calculados pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações.

Ao se utilizar a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, a **Unidade de Custo Operacional (UCO)**, será de **R$ 12,00 (doze reais)**. Para os **honorários médicos** o **porte** será remunerado conforme tabela a seguir:

1 A	R$ 10,50	5 C	R$ 244,50	10 B	R$ 809,50
1 B	R$ 21,00	6 A	R$ 266,50	10 C	R$ 898,50
1 C	R$ 31,50	6 B	R$ 292,50	11 A	R$ 950,50
2 A	R$ 42,00	6 C	R$ 320,00	11 B	R$ 1.042,50
2 B	R$ 56,50	7 A	R$ 346,00	11 C	R$ 1.144,50
2 C	R$ 67,00	7 B	R$ 382,50	12 A	R$ 1.185,50
3 A	R$ 92,00	7 C	R$ 452,50	12 B	R$ 1.274,50
3 B	R$ 117,00	8 A	R$ 489,00	12 C	R$ 1.561,50
3 C	R$ 134,00	8 B	R$ 512,00	13 A	R$ 1.718,50
4 A	R$ 160,00	8 C	R$ 543,50	13 B	R$ 1.885,50
4 B	R$ 175,00	9 A	R$ 578,00	13 C	R$ 2.085,00
4 C	R$ 197,50	9 B	R$ 632,00	14 A	R$ 2.324,00
5 A	R$ 213,00	9 C	R$ 696,00	14 B	R$ 2.528,00
5 B	R$ 230,00	10 A	R$ 747,00	14 C	R$ 2.789,00

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

A regra acima **não** se aplica às visitas médicas de rotina aos pacientes internados.

Psiquiatria: em **regime hospitalar** as sessões deverão constar no prontuário médico com a data de atendimento. A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.

As remunerações dos **portes anestésicos** serão as seguintes:

PORTES	VALORES (R$) ENFERMARIA	VALORES (R$) APARTAMENTO
0*	Anestesia local	Anestesia local
1	195,63	391,26
2	286,33	572,66

3	421,43	842,86
4	623,09	1,246,18
5	963,84	1,927,68
6	1.344,97	2.689,94
7	1.913,57	3.827,14
8	2.524,56	5.049,12

*Porte anestésico "0" significa não participação do anestesista.

2.13.1 ***Diárias Hospitalares***

As **diárias hospitalares** de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

2.13.1.1 Acomodações

Os BENEFICIÁRIOS têm direito aos padrões de acomodações hospitalares na seguinte prioridade:

I - **para oficiais e seus dependentes**
a) quarto privativo; e
b) quarto semi-privativo.

II - **para subtenentes e sargentos e seus dependentes**
a) quartos privativos;
b) quartos semi-privativos; e
c) enfermaria de até seis leitos.

III - **para cabos, taifeiros e soldados**
a) enfermaria de até três leitos; e
b) enfermarias gerais.

IV - **para dependentes de cabos, soldados e taifeiros**
a) quartos semi-privativos; e
b) enfermaria de até seis leitos.

V - **para ex-combatentes e seus dependentes**
a) quarto privativo;
b) quarto semi-privativo; e
c) enfermaria de até seis leitos.

VI - **para servidores civis e seus dependentes**

O padrão a que fazem jus, é definido pela correlação estabelecida na Portaria Cmt Ex Nr 396, de 16 Jun 08, alterada pela Portaria Nº 226 de 14 Mar 16:

Cargos ou funções de Servidores Civis	**Padrão de Acomodação**
- Consultor Jurídico do Comando do Exército - Cargo em Comissão - Direção e Assessoramento Superior (DAS-100) - Cargo de Nível Superior - Classe "C" e Especial	**Correspondente ao de Oficiais (I) –** Oficial General, Coronel, Te-

- Professor de Ensino Superior - Titular e Associado - Professor de Ensino Fundamental e Médio - Classe "E" e Especial - Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classe Titular - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Associado e Titular - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Pleno III e Sênior - Advogado da União Categoria Especial e Primeira Categoria - Cargo de Nível Superior - Classes "A" e "B" - Professor de Ensino Superior - Adjunto, Assistente e Auxiliar - Professor de ensino Fundamental e Médio - Classe "C", "D" - Professor do Ensino Básico, Técnico e Tecnológico - Classes "DI", "DII", "DIII", e "DIV". - Ciência e Tecnologia - Pesquisador Assistente e Adjunto. - Ciência e Tecnologia - Analista e Tecnologista - Júnior e Plenos I e II - Advogado da União - Segunda Categoria	nente-Coronel, Major, Capitão, 1º Tenente, 2º Tenente e Asp a Oficial.
- Cargos de Nível Intermediário - Classes "A", "B", "C" e Especial - Ciência e Tecnologia - Técnico I, II e III - Ciência e Tecnologia - Assistente I, II e III	**Correspondente ao de subtenentes e sargentos (II)**.
- Cargos de Nível Auxiliar - Classes "A", "B", "C" e Especial.	**Correspondente ao de Cabos (III)**.

2.13.2 ***Gasoterapia Hospitalar***

A gasoterapia ambulatorial ou hospitalar será remunerada conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

2.13.3 ***Taxa de Sala Cirúrgica***

As taxas de sala cirúrgica serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

2.13.4 ***Taxa pelo uso de equipamento médico-hospitalar***

As taxas de pelo uso de equipamentos médico-hospitalares serão remuneradas conforme o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

Não será permitida a cobrança de taxa de sala para **Serviço Técnico de Apoio e Diagnose e Terapia (SADT)** e **tratamentos especializados realizados à beira do leito**.

2.13.5 ***Medicamentos, Quimioterápicos e Radiofármacos***

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) de uso restrito hospitalar **com acréscimo de 20% (vinte por cento) para OCS/PSA que exerçam atividades de filantropia e de 32% (trinta e dois por cento) para demais OCS/PSA.** O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Quando existir quimioterápico (antineoplásico) genérico **não** será pago quimioterápico de marca, e **sim** o genérico.

Os quimioterápicos serão remunerados conforme **dose fracionada consumida**.

Os **Radiofármacos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE**, correspondente à época do atendimento.

Medicamentos de valor monetário **superior a R$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Antibióticos e **antifúngicos** necessitam de aprovação pelo médico auditor.

2.13.6 ***Materiais Descartáveis***

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO com taxa de comercialização de 13% (treze por cento)** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE** vigente.

*Os **fios cirúrgicos** serão pagos **sem margem de comercialização**.*

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

2.13.7 ***Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME)***

Será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente**.

Quando os OPMEs não constarem no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE**, o CREDENCIADO deverá apresentar **03 (três) orçamentos** que serão submetidos à auditoria prévia, e após autorizados, será pago o de **menor valor, acompanhado da nota fiscal,** com **margem de comercialização de 15% (quinze por cento)**.

Em hipótese alguma o CREDENCIADO poderá cobrar dos beneficiários do Sistema SAMMED/FUSEx/SAMEx-Cmb/PASS, qualquer valor relacionado à utilização de OPME.

É expressamente proibida a substituição ou troca da OPME autorizado, salvo quando ocorrer intercorrência médica imponderável durante o ato cirúrgico e descrita no registro cirúrgico. Em caso de substituição ou troca de OPME motivada por intercorrência médica, ou uso de OPME extra-pacote em procedimento cirúrgico eletivo ou de urgência, o CREDENCIADO deverá comunicar o CREDENCIANTE em **72 (setenta e duas) horas úteis** após o uso, a justificativa técnica para devida análise e autorização fora deste prazo será considerado glosa administrativa, não passível de recurso.

Os **procedimentos cirúrgicos eletivos** só poderão ser agendados pelo CREDENCIADO após a liberação do CREDENCIANTE. A liberação ocorrerá em **até 7 (sete) dias úteis**, após a entrega dos orçamentos pelo CREDENCIADO ou fornecedor.

O CREDENCIADO deverá fazer constar no prontuário médico do beneficiário as etiquetas que comprovem a utilização da OPME liberada, juntamente com a descrição do uso no relatório cirúrgico.

2.13.8 ***Filme Radiológico***

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**, e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. O

2.13.9 ***Serviços de Atendimento Diagnose e Tratamento (SADT) durante internação***

Os Serviços .de Atendimento Diagnose e Tratamento durante a internação serão pagos pela Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena** com o **Custo Operacional (UCO)** no igual a **R$ 12,00 (doze reais)** e para procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Para os **honorários médicos** o porte será remunerado conforme a tabela **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena**.

2.13.9.1 Fisioterapia Hospitalar

Em **apartamento ou enfermaria** será permitida a cobrança de **01 (uma)** sessão de fisioterapia respiratória e **01 (uma)** sessão de fisioterapia motora por dia compatíveis com a patologia. Em **UTI adulto e pediátrico** (maior de 1 ano) será permitida a cobrança de **3 (três)** sessões de fisioterapia respiratória (**CÓDIGOS**: **2.02.03.04-7** ou **2.02.03.01-2**) e **1 (uma)** sessão de fisioterapia motora (**CÓDIGOS**: **2.02.03.05-5**) por dia. Para paciente neonatal será permitida **apenas** fisioterapia respiratória.

Para procedimentos fisioterapêuticos realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional.

2.13.9.2 Fonoaudiologia Hospitalar

Será permitida a cobrança de uma sessão por dia no valor de **R$ 19,50** (dezenove reais e cinquenta centavos) nas seguintes situações: disfagia no AVC agudo e outras patologias neurológicas e para estímulo sucção oral no recém-nascido prematuro.

Para procedimentos de fonoaudiologia realizados **nas instalações do CREDENCIANTE**, será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - **CBHPM 5ª edição - outubro 2009 - plena SEM o Custo Operacional**. Para exames não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações, **SEM** o Custo Operacional.

2.13.9.3 Psicologia Hospitalar

O valor da **consulta de psicologia hospitalar** será de **até R$ 32,00** (trinta e dois reais).

2.13.10 ***Dieta enteral e parenteral***

Serão pagas em conformidade com o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE** vigente do mês do atendimento.

3. OUTROS SERVIÇOS

3.1 **Serviço de Emissão de Laudos de Exames de Imagem**

Compreende a emissão de laudos de exames de imagem, a saber: *densitometria*, *mamografia*, *radiografia* e *tomografia computadorizada*, realizados pelo Serviço de Radiologia do Hospital Militar de Área do Recife.

Os valores dos honorários médicos para a emissão de laudos de exames de imagem realizados são:

DENSITOMETRIA	
LAUDO DE EXAME	**VALOR em R$**
Densitometria óssea - 2 segmentos (coluna e fêmur)	17,03

MAMOGRAFIA	
LAUDO DE EXAME	**VALOR em R$**
Mamografia digital bilateral	20,53
RADIOGRAFIA	
LAUDO DE EXAME	**VALOR em R$**
Abdome agudo	7,46
Abdome simples	6,97
Articulação coxofemoral (quadril)	5,95
Articulação tibiotársica (tornozelo)	5,84
Articulações sacroilíacas	6,07
Bacia	5,95
Calcâneo	5,84
Coxa	6,17
Escanometria	6,03
Joelho	5,94
Panorâmica dos membros inferiores	7,16
Patela	6,08

Pé ou pododáctilo	5,94
Perna	6,09
Coluna cervical - 3 incidências	10,66
Coluna cervical - 5 incidências	12,97
Coluna dorsal - 2 incidências	10,83
Coluna dorsal - 4 incidências	13,26
Coluna dorso-lombar para escoliose	7,02
Coluna lombo-sacra - 5 incidências	13,26
Coluna lombo-sacra - 3 incidências	10,91
Sacro-cóccix	7,09
Adenoides ou cavum	6,89
Arcos zigomáticos ou malar ou apófises estiloides	7,08
Articulação temporomandibular - bilateral	7,19
Cranio - 2 incidências	8,67
Cranio - 3 incidências	10,84
Cranio - 4 incidências	13,05
Orbitas - bilateral	7,19
Orelha, mastoides ou rochedos - bilateral	7,81
Ossos da face	7,19
Seios da face	7,08
Sela túrcica	7,01
Antebraço	6,96
Articulação acromioclavicular	5,92
Articulação escapuloumeral (ombro)	6,95

Articulação esternoclavicular	6,99
Braço	7,01
Clavícula	7,11
Costelas – por hemitórax	6,89
Cotovelo	6,69
Esterno	6,89
Mão ou quirodáctilo	6,88
Mãos e punhos para idade óssea	7,09
Omoplata ou escapula	6,99
Punho	6,74
Tórax - 1 incidência	8,78
Tórax - 2 incidências	8,97
Tórax - 3 incidências	13,27

TOMOGRAFIA	
LAUDO DE EXAME	**VALOR em R$**
Tomografia - Abdome superior	43,23
Tomografia - Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	66,91
Tomografia - Angiotomografia (crânio ou pescoço ou tórax ou abdome superior ou pelve) arterial ou venosa	43,83
Tomografia - Angiotomografia de artéria abdominal	43,83
Tomografia - Angiotomografia de artéria torácica	43,83
Tomografia - Articulação (esternoclavicular ou Ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou Coxofemoral ou joelho ou pé) - unilateral	42,28
Tomografia - Articulações temporomandibulares	42,69
Tomografia - Coluna cervical ou dorsal ou lombar (até 3 segmentos)	39,00

Tomografia – Coração – para avaliação do escore de cálcio coronariano	45,40
Tomografia - crânio ou sela túrsica ou orbitas	47,47
Tomografia - Escanometria digital	31,72
Tomografia - Face ou seios da face	49,35
Tomografia - Mastoides ou orelhas	48,94
Tomografia - Pelve ou bacia	48,94
Tomografia - Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)	49,89
Tomografia - Segmentos apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)	42,28
Tomografia - Tórax	58,34

3.2 **Serviço em Cirurgia Ginecológica**

Compreende a execução dos serviços de: *Videohisteroscopia cirúrgica*, *Laparoscopia ginecológica* e *Cirurgias minimamente invasivas*, em apoio ao Serviço de Ginecologia do Hospital Militar de Área de Recife.

Os **valores para o uso de materiais especiais** nos procedimentos cirúrgicos supracitados são:

CIRURGIA GINECOLÓGICA		
CÓDIGO SIMPRO	**MATERIAL ESPECIAL**	**VALOR em R$**
132247	Eletrodo Bipolar Versapoint tipo alça circuito	1.139,38
132248	Eletrodo Spring	1.234,33
132249	Eletrodo Twizzle	1.234,33
37993	Eletrodo Shaver	1.139,18
107928	Tesoura laparoscópica ultrassônica	1.277,10
116149	Manipulador uterino com Balão de Silicone	1.801,80
131305	Mocelador/Triturador uterino ou de miomas	1.872,70
135170	Tesoura laparoscópica bipolar	707,63

-	Taxa ressectóscopio	80,00
-	Taxa de bisturi	50,00
-	Taxa de cabo Versapoint	80,00

3.3 **Terapia Renal Substitutiva**

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA			
PROCEDIMENTO	**VALOR PACOTE (R$)**	**VALOR HONORÁRIOS (R$)**	**VALOR FINAL (R$)**
Consulta em consultório	-	82,00	82,00
Pareceres e visitas hospitalares Aptº / Enfª / UTI	-	42,00	42,00
Implante por punção de catéter para Hemodepuração	390,00	142,80	532,00
Acesso venoso para hemodiálise (Confecção de fístula artério-venosa)	885,50	108,80	994,00
Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 04 horas**	519,91	142,80	662,00
Hemodepuração de casos agudos (sessão de hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) **até 12 horas**	573,16	187,00	760,00
Hemodiálise crônica (por sessão) **sem medicamentos Especiais ***	221,20	108,80	330,00
Hemodiálise crônica (por sessão) **com medicamentos Especiais ***	348,00	108,80	456,00
Hemodiálise crônica (por sessão) **paciente HIV$^+$ com medicamentos Especiais ***	522,00	108,80	630,00
Implante de cateter peritoneal	885,50	108,80	994,00
Diálise peritoneal automática hospitalar **por sessão de 12 horas**	522,96	142,80	665,00

Diálise peritoneal automática (**pacientes crônicos em treinamento/ 09 dias**)	215,00	216,76	2.151,00
Diálise peritoneal automática (**pacientes crônicos/ manutenção - 30 dias - sessões domiciliares diárias de até 12 horas**)	177,48	605,75	5.930,00

*** Medicamentos Especiais: Eritropoetina Humana, Calcitriol, Composto de Ferro.**

3.4 Serviço de PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL a nível ambulatorial

PSIQUIATRIA / PSICOLOGIA / TERAPIA OCUPACIONAL		
PROCEDIMENTO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR em R$**
Consulta Psiquiátrica (admissão)	-	82,00
Consulta Psicológica (admissão)	-	42,00
Psicoterapia Individual	Concomitante ao hospital dia - **02 vezes por semana** - valor unitário	38,00
Psicoterapia de Grupo	Concomitante ao hospital dia - **01 vez por semana** - valor unitário	35,00
Acompanhamento Psiquiátrico	Concomitante em hospital dia - 0**2 por mês** - valor unitário	50,00
Acompanhamento Familiar	Concomitante em hospital dia - **02 por mês -** valor unitário	35,00
Hospital Dia / Day Clinic	**Acomodação, Dieta**, **Higiene Pessoal**, **Rouparia**, **Cuidados de Enfermagem**, **Administração de Medicamentos**, **Oficinas nas Terapêuticas e de Reabilitação, Medicação Urgência**	140,00

3.5 Atendimento em HOME CARE

A complexidade do paciente em assistência domiciliar será baseada nos critérios do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) da Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar (ABEMID).

A inclusão, a classificação e a mudança de complexidade do paciente será mediante avaliação do médico auditor militar. Assim como a alta do serviço domiciliar.

O atendimento deverá ser adequado à complexidade de cada paciente no período máximo de 30 dias, podendo ser prorrogado de acordo com o estado de saúde do paciente.

A indenização será através de diária global, conforme descrito abaixo:

HOME CARE		
DIÁRIA	**DESCRIÇÃO**	**VALOR em R$**
ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas) **COM RESPIRADOR**	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen), honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais*, *hemoderivados*, *odontologia*, *psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais)**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, **por medicamento** e **por dia**. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	**1.297,44**
ALTA COMPLEXIDADE (Enfermagem 24 horas) **SEM RESPIRADOR**	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen), honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais*,	**1.206,62**

	hemoderivados, *odontologia*, *psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais)**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, **por medicamento** e **por dia**. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	
MÉDIA COMPLEXIDADE (Enfermagem 12 horas)	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen), honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia. **EXCLUSO**: *exames laboratoriais*, *hemoderivados*, *odontologia*, *psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais)**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, **por medicamento** e **por dia**. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	**685,05**
BAIXA COMPLEXIDADE (Enfermagem 6 horas)	**INCLUSO**: taxa de equipamentos e administrativos, materiais descartáveis, medicamentos de uso restrito hospitalar e/ou de uso parenteral exclusivo, gasoterapia, OPME (instalação e troca de SNE, kit de gastrostomia, cânula traqueal, cânula de SHILEY, cateter mono lúmen ou duplo lúmen), honorários médicos e de outras áreas (enfermagem, nutrição, serviço social), remoção de pacientes em UTI móvel ou não com acompanhamento médico ou não, dietas industrializadas administrada por sonda, curativos industrializados, raios X a domicílio, fisioterapia e fonoaudiologia.	**358,09**

	EXCLUSO: *exames laboratoriais*, *hemoderivados*, *odontologia*, *psicologia* e *medicamentos* de valor monetário **superior a R$ 50,00 (cinquenta reais)**, de acordo com o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE correspondente à época da assistência, **por medicamento** e **por dia**. Serão excluídos também os *materiais de higiene* e *conforto*, **devendo ser providenciados pelo paciente**.	
Medicação de 4/4 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento*.	**180,00**
Medicação de 6/6 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento*.	**140,00**
Medicação de 8/8 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento*.	**120,00**
Medicação de 12/12 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento*.	**90,00**
Medicação de 24/24 horas	**INCLUSO**: serviços e taxas. **EXCLUSO**: *medicamentos* e *materiais descartáveis relacionados ao procedimento*.	**50,00**

INCLUI-SE ainda no valor da diária de todos os pacotes os seguintes itens:

a. Identificação do paciente, documentação clínica do paciente, preparo do corpo e maleta de urgência;

b. Montagem, desmontagem e transporte do Home Care;

c. Transporte dos equipamentos, medicamentos e materiais;

d. Remoções, admissões e transferências;

e. Coleta e recolhimento de exames laboratoriais;

f. Antissepsia e assepsia de equipamentos e materiais;

g. Cuidados integrais da equipe de enfermagem;

h. Coleta de lixo hospitalar;

i. Materiais descartáveis para o manuseio e descarte de insumos de saúde;

j. Materiais permanentes: aparador masculino (papagaio), feminino (comadre), aparadeira, bacia de inox, bandeja de inox, cuba rim, estetoscópio, fluxômetro, aparelho de glicemia, cama hospitalar, grade, escadinha, suporte de soro, poltrona, cadeira de rodas e cadeira higiênica, Cânula de Guedel, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação;

k. Qualquer tipo de colchão e seu protetor,

l. Andador, muletas e bengalas;

m. Materiais descartáveis: gorro, touca, propé, luva de procedimento não-estéril, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual (EPIs), algodão, compressa cirúrgica, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI (Polivinil Pirrolidona Iodo), clorexidina e qualquer outro tipo de antisséptico, e outros;

n. Nebulizador;

o. Aspirador de qualquer tipo;

p. Bandeja de curativo e de sondagem vesical;

q. Bomba de Infusão;

r. Gerador de energia, filtro de linha e adaptador de tomada;

s. Foco luminoso;

t. Mesas cirúrgicas auxiliares;

u. Mobiliário para acondicionamento dos medicamentos, materiais, equipamentos;

v. Nebulização, aspiração de vias aéreas, oxigenoterapia (cateter nasal, máscara de Venturi, BIPAP ou LTV 1000), oxímetro de pulso, monitor cardíaco (inclusivo arruelas);

w. Intercorrência médica, visita médica do especialista, radiologia em domicílio, hemotransfusão.

Os **medicamentos e quimioterápicos** serão pagos de acordo com o **Guia Farmacêutico BRASÍNDICE,** correspondente à época do atendimento, com Preço Máximo ao Consumidor (PMC) e/ou Preço de Fábrica (PF) de uso restrito hospitalar **com acréscimo de 20% (vinte por cento) para OCS/PSA que exerçam atividades de filantropia e de 32% (trinta e dois por cento) para demais OCS/PSA.** O valor do ICMS será de acordo com o estabelecido para o Estado de Pernambuco, vigente para o ano corrente.

Medicamentos de valor monetário **superior a R$ 250,00** (duzentos e cinquenta reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Antibióticos e **antifúngicos** necessitam de aprovação pelo médico auditor.

Para os **materiais descartáveis** será considerado o **Referencial GREMES/UNIDAS-PE vigente** do mês do atendimento ou **SIMPRO com taxa de comercialização de 13% (treze por cento)** para os materiais não constantes no **Referencial GREMES/UNIDAS-PE** vigente.

Materiais descartáveis de valor monetário **superior a R$ 600,00** (seiscentos reais) necessitam de aprovação do CREDENCIANTE.

Obrigatoriamente deverá ser previsto o **treinamento de cuidadores, sem ônus para o CREDENCIANTE,** visando a alta do paciente em internação domiciliar.

3.6 **Serviços de Hemodinâmica, Cardiologia intervencionista, Cirurgia Cardiovascular e Cirurgia Torácica**

DEPARTAMENTO DE HEMODINÂMICA			
PROCEDIMENTO	**CÓDIGO**	**Porte / ed.**	**TOTAL (R$)**
Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia	3.09.11.07-9	7C / 5a.	1.176,50
Cateterismo de Câmaras D-E + Cinecoronariografia e de Revascularização Cirúrgica do Miocárdio	3.09.11.05-2	8C / 5a.	1.413,10
Cateterismo E e/ou D com cinecoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros	3.09.11.08-7	8A / 5a.	1.271,40
Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)	3.09.12.10-5	10C / 5a.	2.695,50
ATP de Bifurcação e de Tronco com implante de Stent	3.09.12.26-1	12B / 5a.	3.823,50
Angioplastia Transluminal Coronária de Múltiplos Vasos + Implante de Stents	3.09.12.03-2	12A / 5a.	3.556,50
Recanalização arterial no IAM-Angioplastia Primária com implante de Stent c/ ou s/ suporte circulatório (BIA)	3.09.12.18-0	12C / 5a.	4.684,50
Valvoplastia Percutânea por via transeptal	3.09.12.25-3	10C / 5a.	2.695,50
Colocação de Balão Intra-aórtico	3.09.05.01-0	5A / 5a.	553,80
Estudo Ultrassonográfico Intravascular	3.09.11.14-1	7C / 5a.	1.176,50
Avaliação Fisiológica da Gravidade de Obstruções (catéter ou guia)	3.09.11.02-8	5A / 5a.	553,80
Cateterismo de Câmaras D-E com ou sem Cineangiografia com Avaliação da Reatividade Vascular Pulmonar ou Teste de Sobrecarga Hemodinâmica	3.09.11.04-4	7C / 5a.	1.176,50
Cateterismo Cardiaco Direito com Estudo Angiográfico da Artéria Pulmonar	3.09.11.06-0	5A / 5a.	553,80
Cateterismo Cardiaco Esquerdo e Estudo Angiográfico da Aorta e/ou Ramos	3.09.11.09-5	5A / 5a.	553,80
Cateterismo Cardiaco Esquerdo por Via Transeptal	3.09.11.10-9	5A / 5a.	553,80
Estudo Hemodinâmico das Cardiopatias Congênitas Estruturalmente Complexas	3.09.11.12-5	7C / 5a.	1.176,50
Estudo Hemodinâmico de Cardiopatias Congênitas e/ou Valvopatias com ou sem Cinecoronariografia ou Oximetria	3.09.11.13-3	7B / 5a.	994,50
Atriosseptostomia por Balão	3.09.12.05-9	5A / 5a.	553,80
Atriosseptostomia por Lâmina	3.09.12.06-7	10B / 5a.	2.104,70
Emboloterapia	3.09.12.07-5	10B / 5a.	2.104,70
Implante de Prótese Intravascular na Aorta/Pulmonar ou Ramos com ou sem Angioplastia	3.09.12.09-1	10C / 5a.	2.695,50
Oclusão Percutânea de "shunts" intracardíacos	3.09.12.12-1	11B / 5a.	3.127,50
Oclusão Percutânea de Fístulas e/ou Conexões Sistêmico-Pulmonares	3.09.12.13-0	10B / 5a.	2.428,50
Oclusão Percutânea de Canal Arterial	3.09.12.14-8	10B / 5a.	2.428,50
Valvoplastia Percutânea por via arterial ou venosa	3.09.12.24-5	8C / 5a.	1.630,50

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	VALOR (R$)
Revascularização do Miocárdio	3.09.03.02-5	13.173,81
Tratamento Cirúrgico Valvar	3.09.02.05-3	12.375,40
Multivalvar	3.09.02.02-9	14.072,02
RVM + Aneurisma de VE	3.09.03.02-5 3.09.03.01-7	16.766,67
Aneurisma de VE	3.09.03.01-7	11.976,19
RVM + Troca Valvar	3.09.03.02-5 3.09.02.05-3	16.886,43
Aneurisma e Dissecções Torácicos	3.09.06.08-3	18.977,83
Aneurisma e Dissecções + RVM e ou/ Troca Valvar	3.09.06.08-3 3.09.03.02-5 3.09.02.05-3	22.175,45
Cardiopatia Congênita s/ SEC	3.09.01.10-3	8.591,62
Cardiopatia Congênita Simples	3.09.01.07-3	12.375,40
Cardiopatia Congênita Complexa	3.09.01.09-0	19.800,64

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA TORÁCICA

PROCEDIMENTO	**CÓDIGO**	**ABERTA OU VÍDEO**
PULMÃO	**3.08.03.00-4**	**VALOR**
DESCRIÇÃO (GRUPO 1)		**R$**
Lobectomia pulmonar		8.764,88
Pneumectomia (pneumonectomia)		8.764,88
Segmentectomia (qualquer técnica)		8.764,88
Bulectomia unilateral		8.764,88
Metastectomia unilateral		8.764,88

Cirurgia redutora do volume unilateral (qualquer técnica)		8.764,88
Embolectomia pulmonar		8.764,88
Tromboendarterectomia pulmonar		8.764,88
Correção de fístula bronco-pleural (qualquer técnica)		8.764,88
Cisto pulmonar congênito - tratamento cirúrgico		8.764,88

PULMÃO MÉDIO	**3.08.03.13-6**	**VALOR**
DESCRIÇÃO (GRUPO 1)		**R$**
Pneumorrafia		4.382,44
Pneumostomia (cavenostomia)com costectomia e Estoma cutâneo -cavitário		4.382,44
Posicionamento de agulhas radiativas por Toracotomia (braquiterapia)		4.382,44
Drenagem tubular aberta de cavidade pulmonar		4.382,44

MEDIASTINO	**3.08.05.00-7**	**VALOR**
DESCRIÇÃO (GRUPO 2)		**R$**
Ressecção de tumor de mediastino		8.137,30
Timectomia (qualquer via)		8.137,30
Ressecção de bócio intratorácico		8.137,30
Linfadenectomia mediastinal		8.137,30
Ligadura do ducto-torácico (qualquer via)		8.137,30
Ligadura artérias brônquicas p/controle de hemoptise por toracotomia		8.137,30
Cisto ou duplicação brônquica ou esofágica - Tratamento cirúrgico		8.137,30
Tratamento cirúrgico da mediastinite (qualquer via)		8.137,30

MEDIASTINO MÉDIO	3.08.05.23-6	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 2)		**R$**
Retirada de corpo estranho do mediastino		4.999,39
Mediastinoscopia, via cervical		4.999,39
Mediastinostomia via paraesternal, transesternal, cervical		4.999,39
Biópsia de tumor do mediastino (qualquer via)		4.999,39

PLEURA	3.08.04.00-0	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 3)		**R$**
Decorticação pulmonar (pleura)		6.275,83
Ressecção de tumor da pleura		6.275,83
Pleurectomia		6.275,83
Pleurodese (qualquer técnica)		6.275,83
Pleuroscopia		6.275,83
Tratamento operatório da hemorragia intrapleural		6.275,83

PLEURA MEDIO	3.08.04.20-5	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 3)		**R$**
Pleurostomia (qualquer via)		3.722,95
Repleção da cav. Pleural c/ solução de atb paraTratamento de empiema		3.722,95
Tenda pleural		3.722,95

SIMPATECTOMIA	3.14.03.34-4	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 4)		**R$**
Simpatectomia		6.275,83

PAREDE TORÁCICA	3.06.01.00-2	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 5)		**R$**
Toracoplastia (qualquer técnica)		6.275,83
Reconstrução de parede torácica		6.275,83
Esternectomia (total)		6.275,83
Toracectomia		6.275,83
Correção de deformidades da parede torácica		6.275,83

DIAFRAGMA	3.08.06.00-3	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 6)		**R$**
Eventração diafragmática - tratamento cirúrgico		7.445,90
Hérnia diafragmática - tratamento cirúrgico		7.445,90
Ressecção de tumor do diafragma e reconstrução		7.445,90

DIAFRAGMA MÉDIO	3.08.06.04-6	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 6)		**R$**
Implante de marca-passo diafragmático definitivo		4.271,20

TRAQUEIA/BRONQUIOS	3.08.01.00-1	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 7)		**R$**
Ressecção de tumor traqueal		8.542,40
Fistula tráqueo-esofágica-tratamento cirúrgico via torácica		8.542,40
Traqueoplastia (qualquer via)		8.542,40
Tratamemto cirúrgico da estenose laringo-traqueal		8.542,40

TRAQUEIA/BRONQUIOS/MÉDIO	3.08.01.02-8	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 7)		**R$**
Colocação de prótese traqueal ou traqueobrônquica		4.382,44
Colocação de órtose traqueal, traqueo-brônquica ou brônquica		4.382,44
Fechamento de fístula tráqueo-cutânea		4.382,44

RESSECÇÃO DE TUMOR POR VIA ENDOSCÓPICA	4.02.02.39-9	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 8)		**R$**
Laringoscopia/traqueoscopia com exérese de pólipo/nódulo/papiloma		3.988,87
Laringoscopia/traqueoscopia com laser para exérese de papiloma nódulo		3.988,87
Retirada de tumor ou papiloma por broncoscopia		3.988,87
Desobstrução brônquica com laser ou eletrocautério		3.988,87
Retirada de corpo estranho no brônquio ou brônquico		3.988,8

BRONQUIOS	3.08.02.00-8	VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 9)		**R$**
Ressecção carinal (traqueobrônquica)		8.764,88
Broncotomia e/ou broncorrafia		8.764,88
Broncoplastia e/ou arterioplastia		8.764,88

PROCEDIMENTOS DIFERENCIADOS		VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 10)		**R$**
Impl de cvc p/ punção p/ nqt, hemodepuração, infusão soros/drogas	**3.09.13.01-2**	1.255,16
Punção pleural com ou sem biópsia	**3.08.04.01-9**	1.255,16
Toracostomia com drenagem pleural fechada	**3.08.04.13-2**	1.255,16

Traqueostomia com colocação de órtese ou protese traqueal	**3.08.01.10-9**	4.325,34
Traqueostomia para a troca de cânula	**3.08.01.09-5**	1.687,00

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	**4.02.02.43-7**	
DESCRIÇÃO (GRUPO 11)		**R$**
Laringoscopia / traqueostomia para diagnóstico e biópsia com aparelho flexível		2.052,94
Laringoscopia com retirada de corpo estranho de laringe / faringe (tubo flexível)		2.052,94
Laringoscopia / traqueoscopia para diagnóstico e biópsia (tubo rígido)		2.052,94

DIAGNÓSTICO	**4.02.01.03-1**	**VALOR**
DESCRIÇÃO (GRUPO 12)		**R$**
Laringoscopia /traqueoscopia para diagnóstico e Biópsia com aparelho flexível		1.808,29
Broncoscopia com biópsia transbrônquica		1.808,29
Broncoscopia com ou sem biópsia tranbrônquica ou Lavabo brônquico bilateral		1.808,29
Broncoscopia com biópsia transbônquica com Acompanhamento radioscópico		1.808,29

ESTENOSE TRAQUEAL - DILATAÇÃO /DESOBS-TRUÇÃO	**4.02.02.16-0**	**VALOR**
DESCRIÇÃO (GRUPO 13)		**R$**
Desobstrução brônquica por broncoaspiração		4.307,98
Dilatação de estenose laringo -traqueo -brônquica		4.307,98
Colocação de prótese traqueal ou brônquica		4.307,98
Colocação de órtese traqueal, traqueobrônquica ou brônquica, por via endoscópica (tubo de silicone ou metálico)		4.307,98

OUTROS CÓDIGOS		VALOR
DESCRIÇÃO (GRUPO 14)		**R$**
COLOCAÇÃO DE CATETER PARA BRAQUITERAPIA ENDOBRÔQUICA	**4.02.02.10-0**	2.286,95
LARINGOSCOPIA/TRAQUEOSCOPIA PARA INTUBA-CÃO ORO OU NASOTRAQUEAL	**4.02.02.44-5**	2.286,95
BRONCOSCOPIA COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA COM ACOMPANHAMENTO RADIOCÓPICO	**4.02.02.05-4**	2.286,95
ECOENDOSCOPIA COM PUNÇÃO POR AGULHA	**4.02.02.24-0**	2.286,95

REGRAS PARA A APLICAÇÃO DOS PACOTES - CIRURGIA TORÁCICA

01) Os Honorários incluem toda a equipe Cirúrgica: Cirurgião, Assistentes, Instrumentador (a).

02) Será suficiente solicitar o código do grupo do maior procedimento, exceto nas exceções listadas nos Sub-itens "a,b,c,d,e,f" do item 06

03) Os Honorários são independentes do procedimento ser realizado por vídeo ou do modo convencional

04) Os Honorários são independentes do plano e/ou acomodação do paciente

05) Os Honorários terão acréscimo de 30% conforme orientação do item 02 das instruções gerais da CBHPM 2012.

06) Estão inclusos no procedimento de cada grupo, a Equipe Cirúrgica, Acessos venosos centrais, dissecção de artéria radial, Toracostomia com Drenagem fechada e reoperações por sangramento nas primeiras 24 horas, retirada de drenos torácicos, sendo cobrados apenas 01 procedimento do grupo, havendo as seguintes exceções:

a) Procedimentos do Grupo 1 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 1 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 1 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar**

nesta observação são: Lobectomia, Pneumectomia, Segmentectomia, Metastasectomia, uma vez que os outros do grupo 1 não necessitam destes procedimentos adicionais.

b) Procedimentos do Grupo 2 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 2 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor de Mediastino**, uma vez que os outros do grupo 2 não necessitam destes procedimentos adicionais.

c) Procedimentos do Grupo 3 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 3 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor da Pleura**, uma vez que os outros do grupo 3 não necessitam destes procedimentos adicionais.

d) No Grupo 5, quando for realizada a Esternectomia e/ou Toracectomia (Ressecção de Parede Torácica), nos casos que necessitem de Reconstrução da Parede Torácica e/ou Ressecção do Diafragma, a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 5 como procedimento principal + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Reconstrução da Parede ou pos-esternectomia, como a Reconstrução do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção Diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 5 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que po-**

dem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Esternectomia e Toracectomia, uma vez que os outros do grupo 5 não necessitam destes procedimentos adicionais.

e) Procedimentos do Grupo 6 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 6 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5**. **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 6 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor Diafragmático**, uma vez que os outros do grupo 6 não necessitam destes procedimentos adicionais.

f) **Procedimentos Bilaterais serão acrescidos de 70 % do valor do procedimento maior**, **exceto nas Simpatectomias que serão cobradas apenas o valor relativo ao Grupo 04.**

g) **Quando os procedimentos Endoscópicos** (Grupos 10 à 14) estiverem Associados a procedimentos principais (Grupos 1 a 8), apenas 50% do valor será acrescido ao valor do procedimento principal

h) Procedimentos do Grupo 1 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 1 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 1 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Lobectomia, Pneumectomia, Segmentectomia, Metastasectomia**, uma vez que os outros do grupo 1 não necessitam destes procedimentos adicionais.

i) Procedimentos do Grupo 2 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 2 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos

musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor de Mediastino**, uma vez que os outros do grupo 2 não necessitam destes procedimentos adicionais.

j) Procedimentos do Grupo 3 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5) e/ou Ressecção de Diafragma (Grupo 6), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 2 + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Ressecção de Parêde, como a Ressecção do Diafragma sejam necessárias. Deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 3 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor da Pleura**, uma vez que os outros do grupo 3 não necessitam destes procedimentos adicionais.

k) No Grupo 5, quando for realizada a Esternectomia e/ou Toracectomia (Ressecção de Parede Torácica), nos casos que necessitem de Reconstrução da Parede Torácica e/ou Ressecção do Diafragma, a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 5 como procedimento principal + o código do procedimento adicional a ser realizado**, portanto Código do Grupo 5 ou do Grupo 6, conforme o caso. Casos em que tanto a Reconstrução da Parede ou pós-esternectomia, como a Reconstrução do Diafragma sejam necessárias, deverá ser Solicitado como código adicional apenas o da Ressecção Diafragmática (Grupo 6). **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 5 relativos a equipe cirúrgica.** Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **Os procedimentos que podem, eventualmente, se enquadrar nesta observação são: Esternectomia e Toracectomia**, uma vez que os outros do grupo 5 não necessitam destes procedimentos adicionais.

l) Procedimentos do Grupo 6 que necessitem de Ressecção de Parede Torácica (Grupo 5), a **Solicitação deverá conter o Código do Grupo 6 + o código do procedimento adicional a ser realizado, portanto Código do Grupo 5**. **Apenas 50% do valor do Grupo do Procedimento Adicional será adicionado ao Pacote de Honorários do Grupo 6 relativos a equipe cirúrgica**. Nestes casos, estarão automaticamente incluídos no pacote os honorários relativos à Reconstrução da Parede e/ou Diafragma, com ou sem prótese ou retalhos musculares ou miocutâneos. **O procedimento que pode, eventualmente, se enquadrar nesta observação é: Ressecção de Tumor Diafragmático**, uma vez que os outros do grupo 6 não necessitam destes procedimentos adicionais.

m) **Procedimentos Bilaterais serão acrescidos de 70 % do valor do procedimento maior**, **exceto nas Simpatectomias que serão cobradas apenas o valor relativo ao Grupo 04.**

n) **Quando os procedimentos Endoscópicos** (Grupos 10 à 14) estiverem Associados a procedimentos principais (Grupos 1 a 8), apenas 50% do valor será acrescido ao valor do procedimento principal.

07) Casos pre-autorizados não são passíveis de glosa, a menos que o procedimento tenha sido modificado para maior valor em honorários, devido a achados intraoperatórios. Neste caso, a equipe deve comunicar dentro de 02 (dois) dias úteis ao convênio, para que o auditor médico venha constatar, junto com o cirurgião a necessidade da modificação (Exemplo: constatação de invasão de parede necessitando ressecção da mesma, concomitante à cirurgia planejada).

08) Procedimentos realizados em ocasião diferente do **ato cirúrgico Inicial** (EXEMPLOS, Implante de Cateter Venoso Central realizado no 5º dia pós-operatório, toracostomia colocada no 2º pós-operatório) são novos atos cirúrgicos independentes do original e terão cobrança em separado do procedimento inicial, após solicitação/justificativa ao convênio, devendo o auditor se comunicar com a equipe cirúrgica para rever a indicação caso haja dúvida.

DEPARTAMENTO DE ELETROFISIOLOGIA

PROCEDIMENTOS	CÓDIGOS	VALORES
Estudo eletrofisiológico com ou sem sensibilização farmacológica	3.09.11.11-7	2.318,91
Mapeamento de gatilhos ou substratos arritmogênicos por técnica eletrofisiológica com ou sem provas farmacológicas.	3.09.11.15-0	2.160,18
Mapeamento eletroanatômico tridimensional	3.09.18.03-0	2.318,91
Avaliação do limiar de desfibrilação ventricular	3.09.18.04-9	714,19
Punção do saco pericárdico com introdução de catéter multipolar mo espaço pericárdico	3.09.12.15-6	763,01
Punção transeptal com introdução de catéter nas câmaras esquerdas e/ou veias pulmonares	3.09.12.16-4	714,19
Ablação Percutânea por catéter para tratamento de arritmias cardíacas por energia de radiofrequência	3.09.12.01-6	4.096,61
Ablação percutânea por catéter para tratamento de arritmias cardíacas complexas (Fibrilação Atrial, Taquicardia Ventricular com modificação de cicatriz, Taquicardia Atriais Macroreentrantes com modificação de cicatriz) por energia de radiofrequência	3.09.18.08-1	6.751,93

DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL

PROCEDIMENTOS	CÓDIGOS	VALORES
Implante de marca passo bicameral (gerador + eletrodo atrial e ventricular	30904145	5.410,36
Implante de marca passo monocameral (gerador + eletrodo atrial ou ventricular)	30904137	4.285,08

Implante de desfibrilador interno, placas e eletrodos.	30904021	12.543,50
Implante de estimulador cardíaco artificial multissitio	30904064	12.950,23
Troca de gerador	30904129	2.077,57
Recolocação de eletrodo /gerador com ou sem troca de unidades	30904102	4.285,00
Retirada do sistema (não aplicável na troca de gerador)	30904110	3.830,54
Avaliação clinica e eletrônica de paciente portador de marca passo ou sincronizador ou desfibrilador)	20101201	327,84
Implante de eletrodo atrial	30904030	1.514,65
Implante de eletrodo ventricular	30904056	1.514,89
Implante de eletrodo atrial e ventricular	30904048	1.666,38
Implante de marca passo epimiocárdio	30904080	1.421,27
Implante de marca passo temporário a beira do leito	30904099	1.081,34
Implante de marca passo temporário epimiocárdio	30904080	1.421,27
Instalação de circuito para assistência mecânica (período de 6 horas)	30913055	2.621,27

3.6 **Outros Pacotes e Serviços**

A qualquer momento, desde que acordado pelas partes, poderão ser estabelecidos **novos pacotes de prestação de serviços**, bem como **inclusão e exclusão de serviços**, conquanto os valores individuais dos itens inclusos em cada pacote correspondam aos valores estabelecidos nas tabelas, índices e valores constantes neste Referencial.

Os serviços cujos valores não estão previamente definidos neste Referencial, terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos itens 2 e 3, no que couber, e mediante negociação.

Recife-PE, ___ de _____ de 2017.

RONALDO SOMLENTZOV - Cel
Diretor do Hospital Militar de Área de Recife

ANEXO "A"

REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - H Mil A Recife - 2016

1. **RELAÇÃO DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS e MEDICAMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

Nr ORDEM	ITEM
1	Abaixador de língua
2	Absorvente higiênico
3	Aconchego
4	Água oxigenada
5	Álcool absoluto
6	Álcool iodado
7	Álcool swab
8	Algodão
9	Aquecedor e manta térmica
10	Azul de metileno
11	Bacia plástica
12	Band-aid
13	Bandeja para raquianestesia
14	Blusas descartáveis
15	Bolsa de água quente
16	Bom ar
17	Bomba para ordenha
18	Borracha de silicone

19	Borracha para aspirador
20	Cabo bipolar
21	Cadeira de apoio para banho
22	Calçados ortopédicos
23	Camisa para microcâmera
24	Campo cirúrgico (operatório) descartável
25	Caneta injetora de insulina e refil correspondente
26	Caneta para bisturi descartável
27	Cânula de Guedel
28	Clorexidina degermante
29	Clorexidina solução antisséptica
30	Clorexidina tintura alcoólica
31	Colutório bucal
32	Cotonete (exceto procedimento oftalmológico)
33	Dermoprotetores em cremes
34	Dermoprotetores em loção
35	Detergentes enzimáticos
36	Éter
37	Fitoterápicos
38	Formol
39	Medicamentos efervescentes, pastilhas e comprimidos mastigáveis
40	Produtos com finalidade higiênica e cosmética
41	PVPI degermante
42	PVPI tópico

43	Shampoo (ex.: Deltacid)
44	Sindax (exceto para pacientes comprovadamente em uso de Betabloqueador nas últimas 24 horas e Insuficiência Cardíaca Congestiva que não respondeu a nitrato e diuréticos)
45	Tintura de benjoim
46	Turbeculostáticos (medicamento distribuído pelo Programa de Dispensação do Governo Federal)
47	Vacinas, Imunobiológicos (refere-se aqueles do Programa de Imunização do Ministério da Saúde)

2. **RELAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NÃO COBERTOS PELO CREDENCIANTE**

Não serão cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-cirúrgicos:

a. Cirurgia plástica estética de embelezamento de qualquer natureza;

b. Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, inclusive órteses e próteses para o mesmo fim;

c. Utilização de artigos importados quando houver similar nacional de boa qualidade;

d. Aquisição de óculos e aparelhos correlatos;

e. Cirurgias não-éticas, inclusive interrupção de gestação;

f. Cirurgias não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina e outros Conselhos e, Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

g. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais;

h. Internação para rejuvenescimento e obesidade com finalidade estética;

i. Tratamentos de infertilidade, fecundação e fertilização;

j. Teste de DNA e implante hormonal;

k. Internação para CHECK-UP, investigação diagnóstica de caráter eletivo ou para realização de exames meramente ambulatoriais.

Além dos atendimentos médicos-cirúrgicos elencados no item anterior, **não serão** cobertos pelo CREDENCIANTE os seguintes atendimentos médicos-cirúrgicos **aos usuários da PASS** (Portaria Nº 117-DGP, de 19 de MAIO de 2008):

a. Atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou do cumprimento das carências;

b. Tratamentos em centros de saúde pela água (SPA), clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, casas sociais e clínicas de idosos;

c. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

d. Fornecimento de medicamentos nacionais ou nacionalizados, exceto durante a internação hospitalar do beneficiário;

e. Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados;

f. Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato e técnica cirúrgica indicados;

g. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

h. Aplicação de vacinas preventivas;

i. Necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;

j. Aparelhos ortopédicos;
k. Aluguel de equipamentos hospitalares e similares;
l. Procedimentos, exames ou tratamentos realizados no exterior;
m. Despesas hospitalares extraordinárias tais como telefonemas, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas e indenização de danos;
n. Enfermagem em caráter particular;
o. Avaliações pedagógicas;
p. Orientações vocacionais;
q. Psicoterapia com objetivos profissionais;
r. Diárias hospitalares com a parturiente em condições de alta quando da manutenção da internação do recém nascido patológico;
s. Asilamento de idosos;
t. Tratamentos ortodônticos ou de implantodontia;
u. Próteses odontológicas de qualquer tipo;
v. Transplantes ósseos e implantes;
w. Restaurações utilizando porcelana; e
x. Restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos; e
y. Aquisição de artigos por importação;

As seguintes despesas e procedimentos médico-odonto-hospitalares **não serão cobertos nem financiados pelo SAMEx-Cmb**, sendo vedada a sua implantação (Nota Informativa Nº 001 - D Sau, de 13 de outubro de 2011):
a. Atendimento neonatal a filho(a) de beneficiária dependente (exceto cônjuge) ou de pensionista (exceto quando se tratar de beneficiário previsto o número 6) da alínea b, do item 4, da Nota referida), após a alta da mãe;
b. Avaliação psicológica para manutenção do registro e autorização de porte de arma de fogo;
c. Tratamentos e manutenção ortodônticos, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia ortognática eletiva e implantodontia, inclusive próteses odontológicas ligadas a estes;
d. Procedimentos e componentes odontológicos em geral realizados em laboratórios ortodônticos ou de prótese odontológicas (exemplo: prótese e aparelho ortodôntico);
e. Tratamento nas áreas de reabilitação, exceto psicoterapia, além do limite de 8 sessões em um período de 30 dias;
f. Tratamento na área de psicoterapia, além do limite de 4 sessões em um período de 30 dias;
g. Tratamento na área de reabilitação que ultrapasse o limite de 200 sessões para o total do tratamento, dentro de cada área;
h. Procedimento de natureza estética, inclusive cirurgia plástica estética de embelezamento;
i. Aquisição de artigos por importação, quando houver similares nacionais que atendam às especificações do tratamento;
j. Aquisição de óculos e artigos correlatos;
k. Hospitalização que objetive, especificamente, os tratamentos de portadores de necessidades educativas especiais, exceto quando acometidos por patologias comuns à população em geral;
l. Tratamento médico ou odontológico cuja eficiência não seja reconhecida pelos conselhos federais de medicina e odontologia;
m. Elemento odontológico a ser implantado e material para enxertia;

n. Aquisição de Órteses e Próteses importadas ou por meio de importação, mesmo registradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
o. Implante hormonal;
p. Teste de DNA;
q. Tratamento de infertilidade, fecundação e fertilização; e
r. E outros a critério do Chefe do Departamento Geral do Pessoal (DGP), ouvida a Diretoria de Saúde (D Sau).

Os gastos extraordinários com refeições extras para o acompanhante, refrigerantes, jornais, revistas, lavagem de roupas, telefonemas, enfim, tudo o que não for pago pelo CREDENCIANTE, serão cobrados pelo CREDENCIADO diretamente do paciente ou seu responsável, sem que o CREDENCIADO seja interveniente; e

A cobertura de **transplantes de córnea e rim** bem como as despesas com seus procedimentos vinculados, abaixo relacionados, sem prejuízo da legislação específica que normatiza esses procedimentos **será autorizada para**:
a. As despesas assistenciais com doadores vivos;
b. Os medicamentos utilizados durante a internação;
c. O acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e
d. As despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos, na forma de ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Recife-PE, ___ de _____ de 2017.

RONALDO SMOLENTZOV - Cel
Diretor do Hospital Militar de Área de Recife