

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 01/2017 UGE CFRP
REFERENCIAL DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAUDE 2017/CFRP
(Processo Administrativo 63231.000221/2017-31)

1. APRESENTAÇÃO

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

- 2.1 Procedimentos médicos e terapias em geral
 - 2.2 Exames complementares
 - 2.3 Medicamentos, radio-fármacos e materiais descartáveis
 - 2.4 Filme Radiológico
 - 2.5 Órteses, próteses e materiais especiais (OPME)
 - 2.6 Diárias
 - 2.6.1 Diárias-Definições
 - 2.6.2 Acomodações-Definições
 - 2.6.3 Composições das Diárias
 - 2.6.3.1 Diárias Normais
 - 2.6.3.2 Diárias Especiais
 - 2.6.3.2.1 Berçário normal
 - 2.6.3.2.2 Berçário Patológico
 - 2.6.3.2.3 Unidade de Terapia Intensiva
 - 2.6.3.2.4 UTI Neo Natal
 - 2.7 Taxas e serviços especiais
 - 2.7.1 Taxas de Salas (dentro do CC)
 - 2.7.1.1 Taxa de Sala Cirúrgica e Obstétrica
 - 2.7.1.2 Taxa de Sala de recuperação Pós - Anestésica
 - 2.7.2 Taxa de sala Ambulatorial (fora do CC)
 - 2.7.3 Taxa de uso de equipamentos
 - 2.7.4 Taxa de serviços
 - 2.7.5 Taxas diversas
 - 2.7.6 Serviços especiais
 - 2.8 Gasoterapia
 - 2.8.1 Oxigênio
 - 2.8.2 Ar Comprimido
 - 2.8.3 Peróxido de Azoto
 - 2.8.4 Inalação
 - 2.8.5 Aspiração
 - 2.9 Portes anestésicos
 - 2.9.1 Tabela de valores autorizados
- 3. EXAMES PARA DETECÇÃO (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS)**
- 3.1 Tabela de valores autorizados

1. APRESENTAÇÃO

Este documento discrimina as tabelas, índices, valores e conceituações necessárias, dos serviços médico-hospitalares, ambulatoriais, laboratoriais, de reabilitação e de diagnóstico, objeto dos Credenciamentos de Organizações Cíveis de Saúde da Capitania Fluvial do Rio Paraná.

Os serviços de saúde e seus respectivos valores estão apresentados neste Referencial de Custos de Serviços de Saúde e seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados no item 2 deste Referencial.

O presente Referencial de Custos contempla todos os recursos necessários à realização do atendimento, incluindo os honorários de profissionais, de auxiliares, materiais especiais, medicamentos, taxas, diárias e quaisquer outras despesas necessárias à realização do serviço principal.

Exames para detecção Dengue, Chikungunya e Zika vírus, de acordo com determinação da ANS e valores constantes no item 3 deste Referencial de Custos.

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES

2.1 Procedimentos médicos e terapias em geral

Consultas: a consulta eletiva será no valor de R\$ 122,79 (cento e vinte e dois reais e setenta e nove centavos).

Procedimentos médicos (visitas a paciente internado, sessões de terapia, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, etc) e terapias em geral: serão cobrados em conformidade a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, CBHPM-2010 6ª edição; para procedimentos não constantes da CBHPM, será utilizada suas atualizações.

Quando for utilizada uma tabela CBHPM, será pago o Custo Operacional com valor da UCO igual a R\$ 19,23 (dezenove reais e vinte e três centavos).

Para os portes, ficam estabelecidos os valores da tabela abaixo:

1A	16,70
1B	33,39
1C	50,11
2A	66,80
2B	91,09
2C	107,80
3A	147,28
3B	188,28
3C	215,61
4A	256,61
4B	280,89
4C	317,34
5A	341,64
5B	368,98

5C	391,75
6A	426,67
6B	469,18
6C	513,22
7A	554,21
7B	613,52
7C	725,79
8A	783,49
8B	821,45
8C	871,56
9A	926,22
9B	1.012,76
9C	1.116,01
10A	1.198,02

10B	1.298,22
10C	1.440,95
11A	1.524,45
11B	1.671,75
11C	1.834,22
12A	1.901,02
12B	2.043,74
12C	2.503,81
13A	2.755,88
13B	3.023,11
13C	3.343,49
14A	3.726,13
14B	4.054,10
14C	4.471,66

Retorno de consulta ambulatorial: em caso de retorno de consulta ambulatorial, inclusive para entrega e avaliação de exames complementares solicitados pelo próprio médico, não será cobrado nova consulta, desde que o beneficiário procure o prestador de serviço para agendar consulta de retorno em até 20 (vinte) dias úteis, a contar da data da última consulta.

Visita hospitalar: 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 ao Médico Auditor, 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.

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

Nutrição: Essa assistência é prestada para fins de acompanhamento de dieta-terápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias. Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e de controle. Se houver necessidade de mais de uma sessão mensal por beneficiário, autorização prévia do credenciante deve ser solicitada através de justificativa.

Oftalmologia: a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exame de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, 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: a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a uma consulta a cada quinze dias. As sessões psicoterápicas com psiquiatria que ultrapassarem duas sessões semanais por beneficiário, necessitam de autorização prévia do credenciante, solicitada através de justificativa da credenciada.

Radiodiagnóstico: os exames radiológicos, ultrassom, tomografia e ressonância magnética são calculados por procedimento e não por incidência. Deve ser informada na fatura apenas a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado, pois o valor do filme já é automaticamente calculado para o pagamento ao credenciado. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não preveem o uso de contraste somente terão o contraste remunerado se prescrito na requisição médica. A quantidade de contraste usada deverá estar discriminada e prescrita pelo médico. As faturas deverão ser encaminhadas para esta Credenciante com a cópia de laudo ou documento que comprove o recebimento do laudo pelo paciente.

2.2 Exames complementares

Exames laboratoriais, Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral (SADT): serão cobrados em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, 2010 6ª edição, e para procedimentos não constantes nesta, será utilizada suas atualizações. Quando for utilizada uma tabela CBHPM, será pago o Custo Operacional com valor da UCO igual a R\$ 19,23 (dezenove reais e vinte e três centavos). Para os honorários pela CBHPM ficará estabelecido conforme apresentado na tabela a seguir:

1A	16,70
-----------	-------

5C	391,75
-----------	--------

10B	1.298,22
------------	----------

1B	33,39	6A	426,67	10C	1.440,95
1C	50,11	6B	469,18	11A	1.524,45
2A	66,80	6C	513,22	11B	1.671,75
2B	91,09	7A	554,21	11C	1.834,22
2C	107,80	7B	613,52	12A	1.901,02
3A	147,28	7C	725,79	12B	2.043,74
3B	188,28	8A	783,49	12C	2.503,81
3C	215,61	8B	821,45	13A	2.755,88
4A	256,61	8C	871,56	13B	3.023,11
4B	280,89	9A	926,22	13C	3.343,49
4C	317,34	9B	1.012,76	14A	3.726,13
5A	341,64	9C	1.116,01	14B	4.054,10
5B	368,98	10A	1.198,02	14C	4.471,66

2.3 Medicamentos, radiofármacos e materiais descartáveis

2.3.1 Serão pagos medicamentos genéricos e de menor valor de acordo com o guia BRASÍNDICE, com preço máximo ao consumidor (PMC), com acréscimo de 42,86% (quarenta e dois vírgula oitenta e seis por cento). Medicamentos de uso restrito ao ambiente clínico e hospitalar ou apresentado em embalagens próprias para hospitais e clínicas (embalagens hospitalares), serão pagos de acordo como Preço Fabricante (PF) com acréscimo de 38% a título de comercialização. O valor do ICMS para todos os itens sempre será de acordo com o estabelecido para o Estado do Paraná. Não existindo o item na BRASÍNDICE, deverá ser apresentado a credenciante 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios do contratado, que serão submetidos à lisura/auditoria prévia, e após autorizados, pagos no valor autorizado à credenciada

2.3.2 Em todas as faturas deverão ser anexadas cópia(s) da nota fiscal em nome do paciente

2.3.3 A necessidade de uso de determinado medicamento que não seja genérico deverá ser devidamente justificada pelo profissional assistente, baseada na eficácia e eficiência daquele, de acordo com comprovação científica.

2.3.4 Os materiais descartáveis, constantes ou não da tabela SIMPRO, serão remunerados com 42,86% de acréscimo a título de taxa de comercialização.

2.4 Filme Radiológico

Tamanho do filme de acordo com a tabela CBHPM-2010 6ª edição e valor de R\$ 27,02 recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

2.5 Órteses, próteses e materiais especiais (OPME)

Será considerado referência o menor valor constante na revista SIMPRO, remunerados com 20% de acréscimo a título de taxa de comercialização, não existindo o item no SIMPRO,

deverá ser apresentado a esta CREDENCIANTE 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios do contratado, aplicando-se o acréscimo de 20% de acréscimo sobre a NF de menor valor do(s) material(ais) utilizados;

O(s) valor(es) da(s) OPME(s) será (ão) submetido(s) à lisura/auditoria prévia, e após autorizados, pagos de acordo com o valor autorizado à credenciada.

Em todas as faturas deverão ser anexadas cópia (s) da nota fiscal em nome do paciente.

2.6 Diárias

Diárias – UTI	Unidade de Medida	Valor (R\$)
UTI Adulto (incluso todos os itens)	Dia	814,91
UTI Pediátrica	Dia	814,91
Unidade de Tratamento Coronariana (incluso todos os itens)	Dia	814,91

Diárias – Quartos Privativos	Unidade de Medida	Valor (R\$)
Apartamento Standard	Dia	350,00
Apartamento Standard Hospital / dia	Até 12h	150,00
Apartamento Standard com alojamento conjunto	Dia	500,56
Acompanhante com café da manhã	Dia	62,68
Aposento Individual Privativo Superior - Suíte	Dia	577,58
Aposento Coletivo 2 Leitos com banheiro	Dia	205,96
Aposento Coletivo com 3 ou mais leitos c/ Aloj. Conjunto.	Dia	267,77
Aposento Coletivo Pediátrico	Dia	156,37
Aposento Individual Privativo Standard	Dia	385,05

Diárias – Enfermarias	Unidade de medida	Valor (R\$)
Enfermaria (3 ou mais leitos)	Dia	95,82
Enfermaria hospital / dia	Até 12 horas	176,42

Diárias – Quartos Semi-Privativos	Unidade de medida	Valor (R\$)
Quarto coletivo com dois leitos c/ banheiro	Dia	156,74
Quarto coletivo com três ou + leitos c/ alojamento conjunto	Dia	276,00
Quarto coletivo pediátrico	Dia	156,74

Diárias – Enfermarias	Unidade de medida	Valor (R\$)
Enfermaria (3 ou mais leitos)	Dia	95,82
Enfermaria hospital / dia	Até 12 horas	176,42

Diárias – Berçários	Unidade de medida	Valor (R\$)
Berçário normal	Dia	156,70
Berçário patológico / prematuro	Dia	192,54
Berçário patológico com isolamento	Dia	35,00

Diárias Diversas	Unidade de medida	Valor (R\$)
Bomba de Infusão – (remunerar fora da UTI ou CC)	Dia	50,60

Berço Aquecido – Dia – (remunerar fora do berçário e CC)	Dia	35,03
Colchão D água e/ou Ar	Dia	58,42
Fototerapia – (remunerar fora da UTI e berçário)	Dia	50,64
Halo Craniano – Dia (remunerar fora da UTI)	Dia	35,03
Marca Passo Temporário	Dia	167,43
Respirador Bennett/Takaoka/Bird, sem oxigênio ou ar comprimido – (remunerar fora da UTI e CC)	Dia	272,55
Respirador Volumétrico, sem oxigênio ou ar comprimido - (remunerar fora da UTI e CC)	Dia	350,41
Tração esquelética	Dia	35,03

2.6.1 Diárias – definições:

- a) **DIÁRIA HOSPITALAR:** É a permanência de um paciente por um período de 12 a 24 horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir das 12:00 horas de cada dia. Períodos inferiores a 12 horas serão cobrados meia diária.
- b) **HOSPITAL-DIA:** é uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial. São beneficiados pela assistência prestada no Hospital-Dia os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida, biópsia), mas que se apresentam em condições clínicas de permanecer em casa.
- c) **ACOMPANHANTE:** A diária de acompanhante será custeada somente no caso de paciente menor de 18 ou maior de 60 anos de idade. Fora desses limites a alimentação deverá ser cobrada pela CREDENCIADA diretamente do acompanhante ou responsável.

2.6.2 Acomodações – definições:

- a) **Apartamento Standart:** composto de quarto com acomodação para acompanhante, banheiro privativo, com telefone.
- b) **Apartamento Standart Hospital/Dia:** acomodação de pacientes para cirurgia ou exame, com permanência de um dia no hospital, não corresponde a uma diária convencional.
- c) **Alojamento Conjunto:** acomodação do recém-nascido no aposento da mãe.
- d) **Apartamento Standart/Alojamento conjunto:** composto de quarto com acomodação para acompanhante e banheiro privativo.
- e) **Quarto coletivo com dois leitos:** composto de quarto coletivo para até 2 pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum.
- f) **Quarto coletivo com dois leitos com alojamento conjunto:** composto de quarto coletivo para até 2 pacientes, acomodação do recém-nascido, com banheiro comum.
- g) **Quarto coletivo com dois leitos/hospital dia:** composto de quarto coletivo para até 2 pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum, sendo acomodação de pacientes para cirurgia ou exame, com permanência de um dia no hospital, não correspondendo a uma diária convencional.
- h) **Enfermaria (3 ou mais leitos):** composto de quarto coletivo para 3 ou mais pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum.
- i) **Enfermaria (3 ou mais leitos) hospital dia:** composto de quarto coletivo para 3 ou mais pacientes, sem acompanhantes, com banheiro comum, sendo acomodação de pacientes para cirurgia ou exame, com permanência de um dia no hospital, não correspondendo a uma diária convencional.

- j) Berçário normal: quarto com berços comuns para recém-nascidos (mãe internada).
- k) Berçário patológico: quarto para atendimento a recém-nascidos, que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não).
- l) Berçário patológico com isolamento: quarto para atendimento a recém-nascidos, que requeiram cuidados especiais (mãe internada ou não), sendo alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão controle de infecção hospitalar.
- m) UTI: São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.
- n) UTI Pediátrica: atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- o) UTI Neonatal: atendem pacientes de 0 a 28 dias;
- p) Unidade de Terapia Semi-intensiva – UTSI: acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente.
- q) Unidade de Tratamento Coronariano: acomodação com instalações para mais de um paciente, para tratamento intensivo, sem a presença médica permanente para pacientes com doenças cardíacas graves.
- r) Isolamento: alojamento especial para acomodação de pacientes por ordem médica ou da comissão controle de infecção hospitalar.

2.6.3 Composições das diárias

2.6.3.1 DIÁRIAS NORMAIS: considerado nas internações clínicas ou cirúrgicas, em apartamento, enfermaria, berçário normal, e hospital-dia. O valor da diária compreende: Instalações físicas (quarto, banheiro, ambientes de apoio); Leito próprio (cama, berço), com leito de acompanhante para quarto ou apartamento; Serviços e cuidados de enfermagem (incluindo todas as técnicas de enfermagem); Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; lavagem e esterilização; Dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia); Limpeza de esterilização de instrumentais; Assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos; Equipamentos necessários ao atendimento do paciente (cadeiras de higiene, escadinhas, suportes para soro, etc); Orientação nutricional no momento da alta; Limpeza e desinfecção ambiental; Equipamento de proteção individual; Taxa administrativa.

O valor da diária normal não compreende: Materiais e Medicamentos dos cuidados de enfermagem; Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico; Honorários Médicos; SADT; Alimentação de acompanhante; Opções de conforto (televisão, ar-condicionado, etc).

OBS. 1: Caso o paciente seja transferido para berçário ou Unidade Especial (UTI, UTI neo-natal), o quarto da Unidade de Internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto ao prestador dos serviços de saúde (hospital ou clínica).

2.6.3.2 DIÁRIAS ESPECIAIS:

2.6.3.2.1 BERÇÁRIO NORMAL: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (incubadora, berço aquecido, berço); Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta.

2.6.3.2.2 BERÇÁRIO PATOLÓGICO: O valor da diária do berçário patológico compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Orientação nutricional durante a internação e no momento da alta; Fototerapia; Leito próprio (incubadora, berço aquecido).

2.6.3.2.3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Leito próprio (comum ou especial); Desfibrilador/Cardioversor, Bomba de infusão, Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo, Monitor cardíaco, Respirador, Capnógrafo.

2.6.3.2.4 UTI NEO-NATAL: O valor da diária compreende: Todos os itens descritos no item DIÁRIAS NORMAIS; Todos os itens descritos no item BERÇÁRIO PATOLÓGICO; Todos os itens descritos no item UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Obs: O valor da diária especial não compreende: Utilização de equipamentos e instrumental cirúrgico não incluídos na composição da diária; Honorários Médicos; SADT.

2.7 Taxas e serviços especiais

2.7.1 Taxas de salas (dentro do centro cirúrgico)

Taxas de salas	Unidade de medida	Valor (R\$)
Porte 0	Uso	143,29
Porte 1	Uso	344,74
Porte 2	Uso	506,34
Porte 3	Uso	389,91
Porte 4	Uso	859,67
Porte 5	Uso	1.025,36
Porte 6	Uso	1.325,32
Porte 7	Uso	1.688,00
Taxa de sala de recuperação pós-anestésica	Uso	137,58

2.7.1.1 TAXA DE SALA CIRÚRGICA E OBSTÉTRICA: A Taxa de sala será remunerada de acordo com o subitem acima, com base nas anotações em sala (cirurgião e anestesiologista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas.

Compreende: Serviços de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais, etc.); Rouparia completa (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; Todos os equipamentos e instrumental apropriado necessários à cirurgia; Aspirador elétrico ou a vácuo, Cardio versor / Desfibrilador, Monitor cardíaco, Oxímetro de pulso, Bisturi elétrico, Respirador, Aparelho de anestesia; Taxa de instalação de oxigênio; Mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do recém-nascido; Cuidados de higiene do recém-nascido; Assepsia e antisepsia (equipe e paciente), inclusive antissépticos e materiais; Instalações físicas (sala e ambientes de apoio); Instrumental apropriado para cirurgia; Limpeza e esterilização de instrumental; Limpeza e desinfecção ambiental. Não compreende: Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases

anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima Honorários Médicos; SADT.

2.7.1.2 TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA: O valor da Taxa de Sala de Recuperação não será pago quando o paciente for transferido para Unidade de Terapia Intensiva. Compreende: Leito p/ recuperação e acessórios; Serviços de enfermagem do procedimento; Limpeza de desinfecção ambiental; Assepsia e antisepsia da equipe, inclusive materiais e antissépticos; Rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas, lavagem e esterilização; Instalações físicas (sala p/ recuperação e ambientes de apoio); Todos os equipamentos necessários ao atendimento do paciente; Oxímetro de pulso, Aspirador a vácuo/elétrico, Monitor cardíaco, Desfibrilador /Cardio versor; Equipamentos de Proteção Individual. Não compreende: Materiais de consumo (descartáveis ou não); Gases anestésicos e oxigênio; Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima Honorários Médicos; SADT.

2.7.2 Taxa de sala ambulatorial (fora do centro cirúrgico)

Taxas de salas	Unidade de medida	Valor (R\$)
Sala ambulatorial I (sem procedimento médico)	Uso	111,93
Sala ambulatorial II (com procedimento médico)	Uso	137,59
Sala de hemodiálise/diálise	Uso	137,59
Sala de observação em pronto socorro	Até 6 horas	137,59
Sala de endoscopia	Uso	75,63
Sala de quimioterapia e/ou diálise	Uso	125,16
Sala de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista	Uso	1.567,15
Sala de reanimação e emergência	Uso	-
Isolamento	Uso	30% da diária
Isolamento (enfermaria)	Unidade	61,79

2.7.3 Taxa de uso de equipamentos.

Taxas equipamentos	Unidade de medida	Valor (R\$)
Garrote Pneumático	Uso	26,40
Paquímetro	Uso	19,47
Quadro Balcânico	Unidade	38,94
Campímetro	Unidade	101,23
Capnografo	Unidade	202,14
Cardiotocógrafo	Unidade	50,59
Ecocardiografo	Unidade	31,17
Ecodoppler	Unidade	31,17
Eletrocardiógrafo	Unidade	7,81
Eletroencefalógrafo	Unidade	7,81
Eletrofisiografo	Unidade	7,81
Facoemulsificador	Unidade	58,42
Facofragmentador	Unidade	38,99

2.7.4. Taxa de serviços.

Taxas serviços	Unidade de medida	Valor (R\$)
Taxa de necrotério	R\$	116,78
Taxa de registro de internação	R\$	27,51

Xerox	R\$	Incluso na diária
-------	-----	-------------------

2.7.5 Taxas diversas

Taxas diversas	Unidade de medida	Valor (R\$)
Bisturi a Laser – (remunerar fora do CC)	Uso	145,79
Bisturi Elétrico – Uso – (remunerar fora do CC)	Uso	37,03
Bisturi Harmônico Ultracision	Uso	1.002,15
Bomba de Circulação Extra Corpórea - Sessão	Sessão	77,88
Bomba de Leite – Sessão	Sessão	8,59
Crio Cautério	Uso	66,17
Curativo Especial – (remunerar ambulatório, se internado, apenas material médico utilizado)	Unidade	77,88
Curativo Grande - (remunerar ambulatório, se internado, apenas material médico utilizado)	Unidade	58,42
Curativo Médio - (remunerar ambulatório, se internado, apenas material médico utilizado)	Unidade	38,94
Curativo Pequeno - (remunerar ambulatório, se internado, apenas material médico utilizado)	Unidade	19,47
Dermátomo	Uso	101,23
Desfibrilador (Cardioversão)	Sessão	42,81
Dióxido de carbono	Horas	44,56
Enteral (Preparo)	Sessão	50,60
Ergometria – (remunerar de acordo com a CBHPM que prevê UCO)	Unidade	15,57
Garrote Pneumático – Uso	Uso	38,94
Halo Craniano – Dia	Unidade	35,03
Holter Contínuo	Unidade	77,88
Holter Descontínuo	Unidade	19,47
Incubadora – (remunerar fora da UTI)	Uso	58,42
Instalação de Tenda, Cateter ou Máscara Oxigênio	Uso	19,42
Laser Oftalmológico	Uso	77,88
Lipoaspirador	Uso	50,60
Lupa Cirúrgica	Uso	5.060,44
Microscópio Cirúrgico	Uso	167,43
Monitor Cardíaco (remunerar fora da UTI e CC)	Uso	85,68
Monitor de Pressão Arterial Invasiva (remunerar fora da UTI e CC)	Uso	77,88
Monitor It. Pressão Intrac. c/ Trand. fibra ótica em UTI ou UTSI	Uso	77,88
Monitor Pres. Pulm. Med. Deb. Card. p/ Termodil. fora da UTI ou UTSI - (remunerar fora da UTI e CC)	Uso	77,88
Monitor Pres. Pulm. Med. Deb. Card. p/ Termodil. em UTI ou UTSI - (remunerar fora da UTI e CC)	Uso	77,88
Monitor Pressão Arterial Invasiva - (remunerar na UTI / CC)	Uso	
Monitor Pressão Intracraniana com Trand. de fibra ótica	Uso	77,88
Oxicapnografo – (remunerar fora do CC)	Uso	299,80
Oxímetro - (remunerar fora da UTI e CC)	Uso	97,34
Parenteral (Preparo)	Sessão	85,64
Perfurador Elétrico para Cirurgia de Crânio	Uso	58,42
Perfurador Elétrico para Cirurgia Ortopédica	Uso	11,66
Refeição para Acompanhante	Und	17,46

Retinografo	Und	26,05
Rx na Sala de Cirurgia	Und	77,88
Rx Sala Cirurgia c/ Intensificador de Imagem - Qualquer	Uso	677,47
Serra Elétrica para Cirurgia	Uso	50,60
Serra Elétrica para Gesso	Uso	16,72
Trepano Elétrico	Uso	16,95
Videolaparoscópico/Vídeo Artroscópio	Uso	800,00

2.7.6 Serviços especiais

Taxas de serviços	Unidade de medida	Valor (R\$)
Aplicação de injeção em ambulatório	Unidade	7,81
Cateterismo Vesical – (remunerar ambulatório, se internado apenas material médico utilizado)	Unidade	15,57
Tricotomia – (remunerar ambulatório, se internado, apenas material médico utilizado)	Unidade	15,57
Taxa Acomp. Médico em Remoções Intermunicipais	Horas	140,74
Taxa Acomp. Para-médico durante Remoções	Unidade	41,70
Taxa Acomp. Para-médico em Remoções Intermunicipais	Horas	84,70
Taxa Acompanhante Médico Durante Remoções	Unidade	84,70
Taxa Inicial para Remoção em Ambulância Comum	Unidade	84,70
Taxa Inicial para Remoção em Ambulância Psiquiátrica	Unidade	113,37
Taxa Inicial para Remoção em Ambulância U.T.I	Unidade	140,74
Taxa para KM rodado em Qualquer Ambulância	Unidade	3,91

2.8 Gasoterapia

A utilização de gases medicinais durante a internação será quantificada conforme a vazão e remunerada por hora ou sessão.

Gasoterapia	Unidade de medida	Valor (R\$)
Ar comprimido em qualquer setor	Hora	22,59
Aspiração Contínua - (remunerar apenas no ambulatório)	Hora	25,31
Aspiração Não Contínua – (remunerar apenas no ambulatório)	Hora	8,95
Nebulização	Sessão	31,17
Oxigênio na sala de cirurgia	Hora	62,30
Oxigênio na unidade de internação	Hora	31,17
Oxigênio na UTI	Hora	51,90
Protóxido de Azoto (Óxido Nitroso)	Hora	124,58

2.8.1 OXIGÊNIO: Consumo médio por paciente em uma hora, em todas as unidades.

2.8.2 AR COMPRIMIDO: Consumo médio por paciente em uma hora.

2.8.3 PROTÓXIDO DE AZOTO: Consumo médio por paciente em uma hora.

2.8.4 NEBULIZAÇÃO: Utilização do oxigênio ou ar comprimido e máscara, mensurado por hora. Os serviços de enfermagem de nebulização estão inclusos nas diárias e os materiais, medicamentos e soluções, inclusos na taxa de inalação.

2.8.5 ASPIRAÇÃO: Utilização de vácuo (sistema de sucção) mensurado por sessão. Os serviços de enfermagem e materiais (gazes, sondas e luvas) estão inclusos na taxa. Os horários de realização destes procedimentos deverão ser registrados em folha de prescrição médica e anotações de enfermagem.

2.9 Portes anestésicos

2.9.1 Tabela de valores autorizados

Portes anestésicos	Unidade de medida	Valor (R\$)
Porte 1	Uso	88,00
Porte 2	Uso	157,59
Porte 3	Uso	315,06
Porte 4	Uso	472,60
Porte 5	Uso	630,12
Porte 6	Uso	787,72
Porte 7	Uso	945,18
Porte 8	Uso	1.102,74

3 Exames para detecção (Dengue, Chikungunya e Zika vírus)

3.1 Tabela de valores autorizados

Exames	Unidade de medida	Valor (R\$)
Chikungunya, anticorpos IgG e IgM	Unidade	117,00
Antígeno, NS1 do vírus da dengue, pesquisa	Unidade	30,00
Dengue, anticorpos IgG, soro (teste rápido)	Unidade	30,00
Dengue, anticorpos IgM, soro (teste rápido)	Unidade	30,00
Zika, PCR - (biologia molecular)	Unidade	234,00
Zika, anticorpos IgG	Unidade	150,00
Zika, anticorpos IgM	Unidade	165,00

RENATO FERREIRA JÁCOMO DOS SANTOS

Capitão de Fragata
Ordenador de Despesa