

TABELA DE ÍNDICES E VALORES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PELAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EXTRA-MARINHA (OSE) E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AUTÔNOMOS (PSA)

1. Serviços Médicos

1.1. Com a exceção dos casos particulares tratados neste edital, os valores a serem pagos pela execução dos **serviços médicos** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2015 plena, sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,60 (treze reais e sessenta centavos) e o do m² do filme R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos).

	Descrição do Serviço	Valor
1.1.1	Consulta Ambulatorial	R\$ 98,00
1.1.2	Visita ao Paciente Internado	R\$ 84,00
1.1.3	Parecer Especialista	R\$ 84,00
1.1.4	Consulta Pronto Socorro	R\$ 84,00

1.2. Para o cálculo dos custos de **medicamentos** será adotada a Tabela BRASÍNDICE PMC ou na ausência, a nota fiscal (NF). Quanto aos materiais médico-cirúrgicos, descartáveis e apósitos, serão precificados de acordo com a tabela SIMPRO (catálogo de preços de materiais de alto custo – Revista SIMPRO) sem margem de comercialização. Para as dietas, deverá ser aplicado a Tabela BRASÍNDICE.

1.2.1. Quando se tratar de **medicamentos de uso restrito hospitalar**, será pago o preço expresso na Nota Fiscal (NF), e até 10% referente aos serviços de que trata o inciso II do §1º do Art. 1º da Resolução Normativa nº 241 da Agência Nacional de Saúde, de 3 de dezembro de 2010. Sendo atribuído como teto para pagamento a Tabela BRASÍNDICE PMC.

1.2.2. No prazo de até 48 horas após o início do tratamento, a CREDENCIADA deverá informar à CREDENCIANTE, apresentando justificativas a necessidade de ministração de quaisquer das medicações abaixo relacionadas ao paciente:

I. Albumina humana	XI. Anfotericina B	XXI. Linezolida
II. Agastrat	XII. Azitromicina injetável	XXII. Meropenem
III. Filgrastima	XIII. Caspofungina	XXIII. Moxifloxacina injetável
IV. Granulokine	XIV. Cefepima	XXIV. Piperacilina/Tazobactam
V. Imunoglobulina	XV. Ceftazidima	XXV. Quinupristina/Dalfopristina
VI. Anti-RhMaternan	XVI. Claritromicina injetável	XXVI. Sulbactam/Ampicilina
VII. Levosimendan	XVII. Ertapenem	XXVII. Sulfato de Polimixina B
VIII. Tenecteplase	XVIII. Fluconazol injetável	XXVIII. Teicoplanina
IX. Actylise	XIX. Imipenem	XXIX. Ticarcilina/Ácido Clavulânico
X. Aciclovir injetável	XX. Levofloxacina injetável	XXX. Tigeciclina
		XXXI. Voriconazol

1.2.3. Para **dietas enterais** não será admitida margem de comercialização sobre o valor descrito na Tabela BRASÍNDICE. Na ausência do valor da tabela BRASÍNDICE, será utilizada a tabela SIMPRO e na ausência o valor de Nota Fiscal.

1.3. Os valores a serem pagos pelos **serviços de laboratório** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2015 plena,

sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,60 (treze reais e sessenta centavos), quando considerado pertinente de acordo com a referida tabela.

1.4. Os valores a serem pagos pelos **serviços de diagnóstico por imagem** serão os estabelecidos na Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porte de 2015 plena, sendo o valor da Unidade do Custo Operacional (UCO) fixado em R\$ 13,60 (treze reais e sessenta centavos) e o do m² do filme em R\$ 21,70 (vinte e um reais e setenta centavos).

1.5. Material hospitalar especial, incluindo-se órteses, próteses e outros materiais de natureza similar (OPME), deverá ser autorizado previamente pelo CREDENCIANTE, após justificativa de uso como essencialmente necessário à prestação do respectivo serviço, e será pago de acordo com o índice SIMPRO na ausência verificar o item 1.5.1 ou outro especificado pelo CREDENCIANTE.

1.5.1 Caso o material hospitalar (OPME) não conste na tabela BRASÍNDICE ou SIMPRO, torna-se obrigação do CREDENCIADO apresentar à PNSPA 03 (três) orçamentos de seus fornecedores, em impresso próprio de cada um destes; sendo imprescindível a identificação do CNPJ e nome do fabricante/fornecedor, a descrição do OPME e código ANVISA; na existência de único fornecedor apresentar carta de exclusividade.

1.5.2 Deverão ser anexados na fatura final, para análise da Auditoria, a embalagem do OPME utilizado ou rótulo, lacre, selo de controle ou identificação com número e registro no prontuário do paciente, de forma a confirmar sua utilização única e descartável. A não apresentação desses documentos poderá acarretar a glosa do OPME.

1.5.3 É condição imprescindível para autorização de qualquer material ou medicamento o registro na ANVISA. Materiais não registrados na ANVISA não serão remunerados;

1.6. A **avaliação clínica enteral/parenteral** será paga 1 a cada 3 dias, mediante evolução e prescrição do nutrólogo (e não de nutricionista), a ser comprovada no prontuário médico. O pagamento da taxa de manipulação/fracionamento somente poderá ser atribuído para dietas em sistema aberto e para dietas artesanais.

1.7. As **sessões de fisioterapia motora ou respiratória para pacientes internados** obedecerão os seguintes critérios: limitada a duas seções diárias de fisioterapia respiratória e uma motora para pacientes internados em Unidade fechada, e uma seção diária de fisioterapia motora ou respiratória para pacientes em apartamento ou enfermaria. As solicitações excedentes deverão ser encaminhadas para apreciação da auditoria da Policlínica.

2. Serviços de Remoção por Ambulância

2.1 – Remoção em Ambulância Suporte Básico

2.1.1 – Adulto

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.1.1.1	Até 50 Km	R\$ 772,50	R\$ 872,50
2.1.1.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 1.545,00	R\$ 1.745,00
2.1.1.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,67	R\$ 14,67

2.1.2 – Pediátrica (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias)

Descrição do Serviço	Valor
----------------------	-------

Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.1.2.1	Até 50 Km	R\$ 772,50	R\$ 872,50
2.1.2.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 1.545,00	R\$ 1.745,00
2.1.2.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,67	R\$ 14,67

2.1.3 – Neonatal (até 30 dias de vida)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.1.3.1	Até 50 Km	R\$ 850,00	R\$ 950,00
2.1.3.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 1.700,00	R\$ 1.900,00
2.1.3.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,17	R\$ 14,17

2.2 – Remoção em Ambulância Suporte Avançado – UTI Móvel

2.2.1 – Adulto

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Distância
2.2.1.1	Até 50 Km	R\$ 1.325,00	R\$ 1.400,00
2.2.1.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 2.650,00	R\$ 2.800,00
2.2.1.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,16	R\$ 15,00

2.2.2 – Pediátrica (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.2.2.1	Até 50 Km	R\$ 1.325,00	R\$ 1.400,00
2.2.2.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 2.650,00	R\$ 2.800,00
2.2.2.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 16,66	R\$ 17,50

2.2.3 – Neonatal (até 30 dias de vida)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.2.3.1	Até 50 Km	R\$ 1.425,00	R\$ 1.550,00
2.2.3.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 2.850,00	R\$ 3.100,00
2.2.3.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 20,00	R\$ 20,50

2.3 – Remoção em Ambulância de Paciente Psiquiátrico

2.3.1 – Adulto

Descrição do Serviço	Valor
----------------------	-------

Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.2.1.1	Até 50 Km	R\$ 1.600,00	R\$ 1.700,00
2.3.1.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 3.200,00	R\$ 3.400,00
2.3.1.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 15,00	R\$ 15,00

2.3.2 – Pediátrica (30 dias até 15 anos, 11 meses e 29 dias)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
2.3.2.1	Até 50 Km	R\$ 1.600,00	R\$ 1.700,00
2.3.2.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 3.200,00	R\$ 3.400,00
2.3.2.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 15,00	R\$ 15,00

2.4. Deverão ser observadas as seguintes considerações:

2.4.1. A classificação do tipo de ambulância foi considerado na resolução do CREMERJ nº116/97;

2.4.2. A forma de cálculo da distância será: BASE da Operadora ---> Unidade de Saúde de origem --> Unidade de Saúde de Destino do Paciente;

2.4.3. Deverá ser utilizado o aplicativo google maps para o cálculo da distância, em Km;

2.4.4. Valores de Pedágios ou qualquer outra tarifa, será de responsabilidade da operadora credenciada;

2.4.5. O valor da remoção acima de 100 Km, será considerado a soma do valor da remoção entre 50 e 100 km (**A**) + o valor do Km excedente (**B**) multiplicado pelo número de Km acima de 100 (**C**), conforme a fórmula abaixo:

$$\text{Valor da Remoção} = A + B \times C$$

2.4.6. Após o recebimento do paciente pela Unidade de Saúde de Destino, a remoção será considerada encerrada, não deve ser considerado no orçamento apresentado, no valor do Km excedente, a volta da ambulância para a Base de operações.

2.4.7. Na execução de cada remoção, a equipe que realizou a remoção deverá preencher o Formulário de transporte de pacientes, em duas vias. A primeira via ficará com a empresa transportadora, a segunda via deverá ser entregue ao médico do Hospital de destino. Em até 05 dias úteis, deverá ser encaminhado uma cópia pela empresa transportadora à Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia.

2.4.8. Caso o início do serviço a ser prestado não ocorra dentro das três horas subsequentes à solicitação, a critério da CREDENCIANTE, este poderá ser cancelado. Neste caso, o referido serviço não será indenizado pelo solicitante.

2.4.8.1 Caso o acionamento ocorra entre 21 h e 7 h, contarão prazos dobrados do item 2.4.8 para a chegada da ambulância no hospital de Origem.

2.4.9 Quando, por motivos alheios à CREDENCIADA, não houver a efetiva remoção do paciente, tendo o serviço já iniciado, será pago à CREDENCIADA 70% do valor correspondente ao tipo de remoção solicitada, de acordo com os casos especificados nas tabelas acima. O Formulário de

Remoção de Pacientes (Anexo G do Edital) deverá ser preenchido e encaminhado com a justificativa da não execução do serviço.

3. Diárias de Internação Hospitalar

3.1. As internações deverão ser autorizadas através do número (22) 2621-4065, pelo Médico de Serviço, momento que será fornecido uma senha de autorização.

3.2. Em caso excepcional, de extrema urgência, onde não for possível a autorização no momento da internação, ou necessidade de transferência para Unidade fechada de um paciente internado inicialmente em enfermaria / apartamento, essa deve ser comunicado em até 24 horas ou 1º dia útil seguinte a internação. A não informação, poderá ocasionar glosas na internação do paciente até o momento da comunicação da mesma.

3.3. O horário de início e término das diárias será fixado às 12:00 h;

3.4. Diárias que excederem 6 horas de internação serão pagas integralmente, desde que não seja identificada conveniência do CREDENCIADO;

3.5. As internações que não excederem 6 horas, bem como as horas excedentes ao término de uma internação, desde que inferiores a 6 horas, serão pagas por fração horária conforme a seguir:

$$\text{Fração de horas} = \frac{\text{valor diária}}{24 \text{ h}} = \text{valor por hora excedente}$$

3.6. Os valores a serem pagos pelas diárias de internações hospitalares serão os definidos abaixo:

3.6.1. Para pacientes:

Tipo de Acomodação	Valor
Enfermaria com 2 leitos, com banheiro privativo.	R\$ 176,24
Enfermaria com mais de 2 leitos, com banheiro privativo.	R\$ 132,35
Apartamento com ar-condicionado.	R\$ 264,33
Hospital dia (day clinic) em apartamento.	R\$ 105,86
Hospital dia (day clinic) em enfermaria.	R\$ 105,86
U.T.I (exceto para recém-nascidos).	R\$ 528,69
Berçário normal (durante permanência da mãe).	R\$ 74,01
Berçário patológico/prematuro (após alta da mãe).	R\$ 119,01

3.6.2. Para acompanhantes:

Tipo de Acomodação	Valor
Apartamento, com pernoite e com café da manhã.	R\$ 79,44
Enfermaria, com pernoite e com café da manhã.	R\$ 38,03

3.6.3. Quando o paciente for submetido a procedimentos cirúrgicos, serão pagas as taxas de uso de sala de cirurgia, de acordo com porte desta, conforme especificado abaixo:

Porte	Valor
0	R\$ 59,64
1	R\$ 79,62
2	R\$ 139,25
3	R\$ 198,42
4	R\$ 246,50
5	R\$ 297,87
6	R\$ 377,63
7	R\$ 437,28

3.6.4. Taxa de uso da sala de gesso

	Descrição	Valor
3.6.4.1	Imobilização não gessada	R\$ 54,21
3.6.4.2	Talas gessadas	R\$ 52,19
3.6.4.3	Aparelhos gessados	R\$ 52,19

3.6.5. Por ocasião da internação de recém-nascido, serão pagas ainda as taxas:

	Descrição	Valor
3.6.5.1	Taxa de uso da incubadora, por período de até 12 h, sem oxigênio.	R\$ 102,74
3.6.5.2	Taxa de uso diário da incubadora, por período superior a 12 h, sem oxigênio.	R\$ 222,42
3.6.5.3	Taxa diária de uso de berço aquecido.	R\$ 22,90
3.6.5.4	Taxa de uso de incubadora de transporte, por período de até 4 h, sem oxigênio.	R\$ 37,01
3.6.5.5	Taxa diária de uso de aparelho de fototerapia.	R\$ 36,28
3.6.5.6	Taxa por unidade de curativo neonatal para ferimento pequeno, aberto, não contaminado, estando o recém-nascido fora da UTI/semi-UTI e do CC (durante a permanência da mãe).	R\$ 14,55

3.6.6. Pelos serviços de curativos, serão pagas as taxas da tabela abaixo:

	Descrição	Valor
3.6.6.1	Taxa por unidade de curativo grande.	R\$ 21,85
3.6.6.2	Taxa por unidade de curativo médio.	R\$ 11,99
3.6.6.3	Taxa por unidade de curativo pequeno ou oftalmológico.	R\$ 8,30
3.6.6.4	Taxa por unidade de curativo grande de queimados (poliescoriada e queimada com mais de 3 UT).	R\$ 21,85
3.6.6.5	Taxa por unidade de curativo pequeno de queimados (poliescoriada e queimada com até 3 UT).	R\$ 8,30

3.7 – Diárias de Internação – UTI Neonatal

3.7.1. Classificação

A diária do paciente em UTI-Neonatal, será feita com os seguintes critérios:

3.7.1.1.	Nível I Paciente Grave:	<ul style="list-style-type: none"> – Paciente em oxigenioterapia (Respirador, CPAP nasal, Oxyhood); – Pacientes com aminas, com ou sem Nutrição Parenteral; – Paciente com peso até 1.200 g
3.7.1.2.	Nível II Paciente com Gravidade Intermediária:	<ul style="list-style-type: none"> – Pacientes sem prótese respiratória ou aminas, com ou sem Nutrição Parenteral; – Pacientes com Terapêutica intravenosa; – Paciente com catéter nasal – Paciente com peso de 1.201g até 1.600 g
3.7.1.3.	Nível III Suporte	<ul style="list-style-type: none"> – Pacientes com peso acima de 1.600G; – Pacientes sem terapêutica intravenosa; – Pacientes com ou sem nutrição enteral plena; – Pacientes com ou sem fototerapia

3.7.2. Pacote das Diárias

Inclui nas diárias:	Diárias e Taxas; Materiais, medicamentos e gases medicinais; Exames Laboratoriais e complementares (RX, US, ECO); Fisioterapia Respiratória e motora; Uso de sangue e derivados; Procedimentos de enfermagem; Parecer de especialista; Procedimentos médicos realizados pelo intensivista; Nutrição enteral e parenteral; Honorários do plantonista e supervisor;
Exclui nas Diárias:	Uso de Óxido Nítrico e Procedimentos Cirúrgicos; Medicamentos especiais: Cancidas, ambisome, prostin, imunoglobulinas, Ibuprofeno IV, Synagis, amphocil, vfend, surfactante; Tratamento Dialítico

3.7.3 – Pacotes de UTI Neonatal

Classificação		Valores
3.7.3.1.	Nível I	R\$ 2.665,48
3.7.3.2.	Nível II	R\$ 1.989,30
3.7.3.3.	Nível III	R\$ 1.370,10

3.8. Diárias de Internação – UTI – Pediátrica

3.8.1. Classificação:

As diárias do paciente em UTI Pediátrica foi realizada de acordo com os seguintes critérios:

3.8.1.1.	Nível I	<ul style="list-style-type: none"> – Em ar ambiente ou com oxigenioterapia até 3L/min; – Com monitorização multiparamétrica; – Uso de medicação sistêmica / Uso de nutrição enteral.
3.8.1.2.	Nível II	<ul style="list-style-type: none"> – Em oxigenioterapia acima de 3 litros; – Uso de nutrição parenteral; – Uso de drogas vasoativas;

		<p>– Desmame de sedação venosa.</p> <p>OBS.: pacientes de Home Care cronicamente dependentes, VMI ou VNI contínuos serão considerados nível II.</p>
3.8.1.3.	Nível III	<p>– Em VMI ou VNI contínua;</p> <p>– insuficiência respiratória aguda (exclui paciente em uso crônico); / Com monitorização invasiva (PA invasiva / PIC);</p> <p>– Uso de sedação venosa profunda (exclui desmame).</p>

3.8.2. Pacote das Diárias

Inclui nas diárias:	Diárias, Taxas e aluguéis de equipamentos; Honorários Médicos dos Intensivistas (Rotina e Plantão), visita do plantonista na acomodação, visita médica e avaliação diária de nutrição enteral e parenteral, dietoterapia do paciente, todos os cuidados básicos e especializados de enfermagem, Equipamento de proteção individual – EPI, Gases medicinais, Fisioterapia respiratória e motora, Fonoaudiologia, Serviços auxiliares diagnósticos (exceto os excluídos), nutrição enteral / parenteral e seus materiais. Refeição do acompanhante: de acordo com a RN 262 da ANS (pacientes menores de 18 anos, pacientes a partir de 60 anos, gestantes e pacientes com necessidades especiais).
Exclui nas Diárias:	Outros Honorários Médicos que não os dos mencionados na inclusão, Sangue e derivados; Materiais; Medicamentos; Hemodiálise; Quimioterapia (incluído materiais e medicamentos relacionados utilizados durante o procedimento de Químio), Procedimentos Cirúrgicos, Medicina Nuclear, Hemodinâmicos e Radiologia Intervencionista (incluindo materiais, medicamentos, contrastes e taxas relacionadas utilizados durante o procedimento), EEG beira leito, ECOtransesofágico, Biopsia Guiada por USG, Medicamentos (Actilyse, Agrastat, Abelcet, Ambisome, Beriplex, Cancidas, Glypressin, Hemax, Granulokine, Novoseven, Reopro, Remicade, Imunoglobulinas, Sindax, Voriconazol, Linezolida, e outros medicamentos imunobiológicos). Óxido nítrico. Remoções. Exame de Ressonância Magnética e Doppler Colorido de Membros. OPME.

3.8.3 – Pacotes de UTI Pediátrica

Classificação		Valores
3.8.3.1.	Nível I	R\$ 1.546,96
3.8.3.2.	Nível II	R\$ 1.636,48
3.8.3.3.	Nível III	R\$ 2.570,70

4. Taxas e Aluguéis

4.1. Serão pagas as **taxas** descritas na tabela abaixo:

	Descrição	Valor
4.1.1	Taxa de aspiração oro/traqueal no centro cirúrgico (por dia)	R\$ 16,81
4.1.2	Taxa de uso de cardioversor (por uso)	R\$ 28,69
4.1.3	Taxa de desinfecção/esterilização de equipamento (por uso)	R\$ 29,98

4.1.4	Taxa de instalação de respirador de pressão (por procedimento)	R\$ 57,23
4.1.5	Taxa de instalação de respirador volumétrico (por procedimento)	R\$ 98,97
4.1.6	Taxa de registro de internação (por internação)	R\$ 32,69
4.1.7	Taxa de isolamento (por dia)	Acréscimo de 30% na diária
4.1.8	Taxa de monitorização cardíaca no CC, em procedimentos com porte até 4 (por uso/ sessão)	R\$ 111,73
4.1.9	Taxa de monitorização cardíaca no CC, em procedimentos com porte superior a 4 (por uso/sessão)	R\$ 164,93
4.1.10	Taxa monitor cardíaco no leito (por dia)	R\$ 151,29
4.1.11	Taxa de nebulização, incluindo uso da sala, seção e procedimentos, sem oxigênio (por sessão)	R\$ 8,30
4.1.12	Taxa de necrotério (por uso/dia)	R\$ 24,64
4.1.13	Taxa de preparação de alimentação enteral, fora da UTI/Semi-UTI/CC (por sessão)	R\$ 10,14
4.1.14	Taxa de preparação de alimentação parenteral, fora da UTI/Semi-UTI/CC (por sessão)	R\$ 15,29
4.1.15	Taxa da sala de repouso/observação PA/OS (por período de até 06 h)	R\$ 28,31
4.1.16	Taxa de uso de estribo (por dia)	R\$ 2,86
4.1.17	Taxa de uso de unidade de anestesia geral (por uso)	R\$ 29,70
4.1.18	Taxa de refeição de acompanhante (almoço ou jantar) (01 por dia)	R\$ 22,77

4.2. Serão pagos os aluguéis descritos na tabela abaixo:

	Descrição	Valor
4.2.1	Aluguel de bisturi elétrico monopolar (por uso)	R\$ 18,37
4.2.3	Aluguel de bisturi bipolar (por uso)	R\$ 60,33
4.2.4	Aluguel bomba infusora (por dia)	R\$ 46,91
4.2.5	Aluguel de colchão d'água (por dia)	R\$ 12,29
4.2.6	Aluguel de eletrocardiógrafo (por uso)	R\$ 2,86
4.2.7	Aluguel de caixa básica instrumental (por uso)	R\$ 28,99
4.2.8	Aluguel de marca-passo provisório/temporário transvenoso (por dia)	R\$ 153,49
4.2.9	Aluguel de microscópio cirúrgico (por uso)	R\$ 166,91
4.2.10	Aluguel de microscópio cirúrgico de fibra ótica (por uso)	R\$ 231,40
4.2.11	Aluguel de monitor/monitorização cardíaco/ecg, na UTI/CTI (por dia)	R\$ 104,19
4.2.12	Aluguel de monitor de pressão intracraniana com transducer de F.O. (por dia)	R\$ 119,84
4.2.13	Aluguel de monitor cardíaco por débito (por dia)	R\$ 323,87
4.2.14	Aluguel de oxímetro (por hora)	R\$ 5,36
4.2.15	Aluguel de perfurador elétrico na cirurgia de crânio (por uso)	R\$ 279,90
4.2.16	Aluguel de respirador sem oxigênio ou ar comprimido (por dia)	R\$ 117,29
4.2.17	Aluguel de respirador volumétrico (por dia)	R\$ 191,51
4.2.18	Aluguel de serra de gesso (por uso)	R\$ 13,42
4.2.19	Aluguel de bandeja para anestesia locoregional (per-dural/raque) (por uso)	R\$ 22,64
4.2.20	Aluguel de bandeja de assepsia/antissepsia (será pago somente quando utilizada em CC) (por uso)	R\$ 12,80
4.2.21	Aluguel de bandeja para sondagem/cateterismo vesical (por uso)	R\$ 12,80

4.2.22	Aluguel de bandeja de reanimação cardiorrespiratória (por uso)	R\$ 51,28
4.2.23	Aluguel de bandeja para pequenas cirurgias, de porte 2 ou superior, feitas fora do CC (por uso)	R\$ 48,41
4.2.24	Aluguel de bandeja para pequenas cirurgias, de porte inferior a 2, feitas fora do CC (por uso)	R\$ 26,34
4.2.25	Aluguel de punção em geral (por uso)	R\$ 15,79
4.2.26	Aluguel bandeja de punção lombar (por uso)	R\$ 29,57
4.2.27	Aluguel de bandeja de punção de subclávia (por uso)	R\$ 29,57

4.3. Os equipos de bomba infusora serão pagos seguindo os seguintes critérios:

- a) Solução contínua a cada 96 horas;
- b) Infusão intermitente a cada 24 horas;
- c) Soluções lipídicas a cada 12 horas;
- d) Dietas enterais a cada 24 horas;
- e) Dietas parenterais a cada troca da bolsa (dieta); e
- f) Antibióticos, Antifúngicos e Aminas de acordo com a recomendação do fornecedor.

5. Gases

5.1. Pelo uso de gases, serão pagos os valores descritos na tabela abaixo:

	Tipo	Situação de Uso	Valor
5.1.1	Gás Carbônico	-	R\$ 26,83
5.1.2	Nitrogênio	-	R\$ 20,72
5.1.3	Oxigênio 3 L/MIN	Cateter nasal, máscara sem anestesia por bloqueio, anestesia geral com Protóxido e cal sodada.	R\$ 5,54
5.1.4	Oxigênio 6 L/MIN	Máscara com Venturi, anestesia geral sem Protóxido e com cal sodada, anestesia geral com Protóxido e sem cal sodada, e respirador por pressão.	R\$ 11,04
5.1.5	Oxigênio 8 L/MIN	Incubadora. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 14,71
5.1.6	Oxigênio 9 L/MIN	Nebulização contínua, incubadora, anestesia geral sem Protóxido e sem cal sodada, oxihood, respirador volumétrico e/ou microprocessador, VMI e CPAP de adulto.	R\$ 16,56
5.1.7	Oxigênio 10 L/MIN	Oxihood, CPAP nasal. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 18,40
5.1.8	Oxigênio 18 L/MIN	Respirador de fluxo contínuo. Somente em UTI Neonatal.	R\$ 33,08
5.1.9	Protóxido 3 L/MIN	-	R\$ 13,41
5.1.10	Protóxido 6 L/MIN	-	R\$ 26,81

6. Pacotes de Atendimentos

6.1. Serão pagos os valores referentes aos pacotes descritos abaixo:

6.1.1	Pacote de Atendimento de Urgência Adulto	Valores
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Honorários médicos - Exames Laboratoriais – todos inclusive dengue, zika e chikungunya <ul style="list-style-type: none"> – Exames radiológicos simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada – Pequenos procedimentos cirúrgicos/eletivos/suturas – Nebulização/gases medicinais - Medicamentos, inclusive genérico, materiais de consumo técnicos e descartáveis <ul style="list-style-type: none"> – Taxas, inclusive taxa de repouso – ECÁ – Adicional de urgência <p>Retorno em 21 dias. Na eventualidade de internação do paciente será cobrada a penas a consulta médica.</p> <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – O exame para Covid 19: RT PCR – Imobilizações provisórias e aparelhos gessados – Atendimento de ortopedia – Ressonância magnética – Curativo sequencial paciente queimado – ECO e demais exames não relacionados na inclusão e honorários médicos de especialidades não relacionados na inclusão – Hemoterapia, hemodiálise e quimioterapia – Procedimentos cirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> – Hemodinâmicos e radiologia intervencionista (incluindo materiais, medicamentos, contrastes e taxas relacionadas utilizados durante o procedimento) <p>Medicamentos: Actilyse, Agrastat, Abelcet, Ambisone, Beriplex, Cancidas, Glypressin, Hemax, Granulokine, Novoseven, Reopro, Remicade, Imunoglobulinas, Sindax e outros medicamentos da resposta biológica e remoções.</p>	R\$ 215,00

6.1.2	Pacote de Atendimento de Urgência Pediátrico	
	<p>Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Honorários médicos – Exames Laboratoriais – Exames radiológicos simples – Pequenos procedimentos cirúrgicos/eletivos – Nebulização/gases medicinais – Materiais e Medicamentos, inclusive genérico – Taxa de repouso – Taxa de sala – Adicional de urgência 	R\$ 220,00

	<p>Obs.: O 2º atendimento, quando necessário, deverá ter um intervalo de 15 dias contados da data do 1º, independente da patologia apresentada.</p> <p>Exclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> – O exame para Covid 19: RT PCR – Imobilizações provisórias e aparelhos gessados – Atendimento de ortopedia – Demais exames de imagem (USG, TC, NM) – Curativo sequencial paciente queimado 	
--	---	--

6.2. As quantidades de materiais e medicamentos abrangidos pelos pacotes de atendimento de urgência acima limitar-se-ão ao pleno atendimento de urgência do paciente e não ensejarão acréscimos nos custos.

6.3. Para os pacotes de urgência, não serão permitidos a cobrança de pacotes para atendimentos ortopédicos e curativo para queimados.

6.3.1. Para esses atendimentos usar o valor da consulta conforme o item **1.1.4**, os procedimentos realizados serão cobrados conforme o item **1.1**, medicamentos e materiais conforme os itens **1.2** e **1.5** e as taxas de sala de gesso conforme item **3.6.4** e aluguel de serra de gesso **4.2.18**.

6.4. Para os atendimentos de emergência deverão ser aplicados preferencialmente os valores dos pacotes constantes nos itens **6.1.1** e **6.1.2** deste Apêndice.

6.5. Caso a Credenciada, possua serviço de emergência, porém não tenha condições de atender o pacote solicitado, deverá ser informado no momento da solicitação de credenciamento a impossibilidade do cumprimento do pacote, especificando quais procedimentos não conseguem ser realizados e a justificativa;

6.6. Os óbices serão avaliados pela Comissão Especial de Credenciamento e Fiscalização no momento da visita técnica de avaliação;

6.7. Caso seja confirmado a impossibilidade técnica do cumprimento dos pacotes constantes nos itens 6.1.1 e 6.1.2, e a Comissão Especial de Credenciamento e Fiscalização veja vantajosidade de realizar o credenciamento, o atendimento de emergência será realizado na modalidade "**conta aberta**", com valor da consulta do pronto socorro conforme item 1.1.4, os valores de procedimentos médicos conforme item 1.1, serviços de laboratório conforme item 1.3 e serviços de diagnóstico por imagem item 1.4 e medicamentos conforme item 1.2. Valores de taxas, passíveis de cobrança serão conforme item 4.

6.7.1. Na cobrança por conta aberta será admitido um acréscimo de 30% em seus portes para os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência, nas seguintes eventualidades:

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

6.7.1.2. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

6.8. Não estão incluídos nos pacotes descritos acima a consulta ortopédica e os curativos de queimados.

6.9. Para os atendimentos "por pacote", a segunda consulta, ou retorno, quando necessária, não será paga quando ocorrer em um intervalo de 15 dias ou menos, contados a partir da data da primeira consulta.

6.10. Casos não previstos ou não cobertos pelas referências anteriormente mencionadas serão

avaliados, caso a caso, pelo CREDENCIANTE, por meio da direção da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia.

7. Serviços Odontológicos

7.1. Os valores a serem pagos pelos serviços de odontológicos serão os definidos abaixo:

	Serviço	Valor
7.1.1	Tomografia Cone Beam de Mandíbula	R\$ 320,00
7.1.2	Tomografia Cone Beam de Maxila	R\$ 320,00
7.1.3	Tomografia Cone Beam de Segmento	R\$ 231,67
7.1.4	Tomografia Cone Beam de Mandíbula e Maxila	R\$ 564,73
7.1.5	Panorâmica dos Maxilares	R\$ 71,04

7.2. Serviços de Urgência Odontológicos

	Serviço	Valor
7.2.1	Consulta de Emergência	R\$ 266,67
7.2.2	Urgência Endodôntica (Pulpotomia/Pulpectomia)	R\$ 400,00
7.2.3	Curativo de Demora	R\$ 275,00
7.2.4	Radiografia Periapical	R\$ 67,50
7.2.5	Radiografia Bitewing	R\$ 67,50
7.2.6	Restauração de Resina Dentes Anteriores com Envolvimento da Face Vestibular (Canino a canino)	R\$ 250,00
7.2.7	Provisório de Dentes Anteriores (Canino a canino)	R\$ 333,33
7.2.8	Recimentação/Reembasamento de Restaurações Indiretas	R\$ 270,00
7.2.9	Contenção Semi-rígida em casos de trauma (por elemento)	R\$ 425,00
7.2.10	Extração dentária	R\$ 250,00

7.3 Os valores acima já preveem a utilização de materiais e medicamentos necessário ao atendimento odontológico. A quantidade de materiais e medicamentos necessários ao atendimento da Urgência Odontológica limitar-se-ão ao pleno atendimento da urgência do paciente e não ensejarão acréscimos nos custos.

7.4 A realização dos procedimentos de urgência estão definidas no Termo de Credenciamento Odontológico (Anexo D). Procedimentos realizados que não estejam previstos, serão glosados.

7.5 A consulta de Urgência odontológica, será realizada, após autorização pela Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia, através do número (22) 2621-4065.

7.6 É terminantemente proibido a cobrança de qualquer taxa extra, medicamentos ou materiais ao usuário do Sistema de Saúde da Marinha pelo atendimento da consulta de Urgência odontológica.

8. Serviços Complementares

8.1. Os valores a serem pagos pelos serviços complementares serão os definidos abaixo.

	Serviço	Valor
8.1.1	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico, paciente independente ou com dependência parcial.	R\$ 63,00
8.1.2	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema nervoso central e/ ou periférico, paciente com dependência total.	R\$ 67,50
8.1.3	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente independente ou com dependência parcial.	R\$ 59,00
8.1.4	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema locomotor (músculo esquelética), paciente com dependência total.	R\$ 69,50
8.1.5	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema respiratório clínica e/ou cirúrgica atendido em programa de recuperação funcional cardiopulmonar, atendimento individualizado.	R\$ 80,00
8.1.6	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema cardiovascular clínica e/ ou cirúrgica atendido em programa de recuperação funcional cardiovascular, atendimento individualizado.	R\$ 80,00
8.1.7	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema tegumentar (queimaduras), atingindo até um terço de área corporal.	R\$ 65,00
8.1.8	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial, nas disfunções do sistema tegumentar (queimaduras), atingindo mais de um terço de área corporal.	R\$ 97,50
8.1.9	Assistência fisioterapêutica – ambulatorial/hospitalar (enfermaria e apartamento), nas disfunções do sistema genital, reprodutor e excretor (urinário/proctológico).	R\$ 100,00
8.1.10	Assistência fisioterapêutica nas disfunções oncológicas.	R\$ 97,50
8.1.11	Hidroterapia (Grupo).	R\$ 52,00
8.1.12	Hidroterapia (Individual).	R\$ 116,67
8.1.13	Reabilitação Vestibular (disfunções labirínticas).	R\$ 64,33
8.1.14	Assistência fisioterapêutica – nas alterações oculomotoras – exercícios oculomotores.	R\$ 130,00
8.1.15	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema nervoso central e/ou periférico.	R\$ 120,00
8.1.16	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema locomotor (musculoesquelético).	R\$ 120,00
8.1.17	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema respiratório.	R\$ 120,00
8.1.18	Atendimento fisioterapêutico domiciliar nas disfunções do sistema cardiovascular.	R\$ 120,00
8.1.19	Reeducação Postural Global (RPG).	R\$ 90,00

8.1.20	Sessão de Terapia Ocupacional – atendimento individual.	R\$ 78,07
8.1.21	Consulta de Fonoaudiologia.	R\$ 88,07
8.1.22	Consulta de Psicologia.	R\$ 80,07
8.1.23	Consulta de Psicopedagogia.	R\$ 80,09
8.1.24	Consulta de Neuropediatria.	R\$ 300,00
8.1.25	Consulta de Psicomotricidade.	R\$ 105,00
8.1.26	Consulta de nutrição	R\$ 68,27
8.1.27	Terapia Familiar	R\$ 120,00

8.2. A fim de que haja justa readequação de valores aos serviços prestados, acima definidos, admitir-se-á majoração de até 20%, como forma de reajuste, no momento da renovação contratual.

9. Serviços de Assistência Domiciliar.

9.1 – Diárias Técnico de Enfermagem.

	Descrição do Serviço	Valor
9.1.1	Diária Internação Domiciliar 06 h	R\$ 197,00
9.1.2	Diária Internação Domiciliar 12 h	R\$ 310,00
9.1.3	Diária Internação Domiciliar 24H S/ Vent. Mecânica	R\$ 435,00
9.1.4	Diária Internação Domiciliar 24H C/ Vent. Mecânica	R\$ 633,00

9.2 – Honorários dos Profissionais.

	Descrição do Serviço	Valor
9.2.1	Visita do Técnico de Enfermagem (por até 2 h)	R\$ 74,00
9.2.2	Visita Médica	R\$ 296,80
9.2.3	Visita Médico Especialista	R\$ 450,00
9.2.4	Visita Enfermeiro	R\$ 100,00
9.2.5	Visita Nutricionista	R\$ 98,74
9.2.6	Sessão Fisioterapia Motora	R\$ 77,79
9.2.7	Sessão Fisioterapia Respiratória	R\$ 83,63
9.2.8	Sessão Fisioterapia Motora e Respiratória	R\$ 118,33
9.2.9	Sessão de Fonoaudiólogo	R\$ 85,13
9.2.10	Visita Psicólogo	R\$ 90,00
9.2.11	Sessão de Psicologia	R\$ 90,00
9.2.12	Sessão de Terapia Ocupacional	R\$ 90,00

9.3 – Serviços Adicionais Avulsos.

	Descrição do Serviço	Valor
9.3.1	Avaliação com Assistente Social	R\$ 90,00
9.3.2	Atendimento Médico de Urgência	R\$ 363,33
9.3.3	Visita do Enfermeiro – 2 vezes por semana	R\$ 98,46
9.3.4	Visita do Enfermeiro – 3 vezes por semana	R\$ 98,46

9.4 – Diárias de Equipamentos e Materiais.

	Descrição do Serviço	Valor
9.4.1	Cama hospitalar com 03 elevações e grades + colchão + escada de 02 degraus	R\$ 12,00
9.4.2	Cadeira higiênica	R\$ 3,62
9.4.3	Cadeira de rodas	R\$ 3,96
9.4.4	Oxímetro de pulso	R\$ 13,00
9.4.5	Respirador de pressão	R\$ 90,00
9.4.6	Monitor cardíaco	R\$ 63,50
9.4.7	Ventilador volumétrico	R\$ 90,00
9.4.8	Concentrador de oxigênio com backup	R\$ 9,00
9.4.9	Aspirador portátil	R\$ 11,30
9.4.10	Bomba de infusão	R\$ 9,83
9.4.11	CPAP	R\$ 9,85
9.4.12	BIPAP	R\$ 36,58
9.4.13	Suporte de soro com rodízios	R\$ 1,72
9.4.14	Escada de 02 degraus	R\$ 1,83
9.4.15	Base de umidificação	R\$ 5,50
9.4.16	No-break	R\$ 8,18
9.4.17	Macronebulizador	R\$ 5,90
9.4.18	Vacuômetro	R\$ 6,00
9.4.19	Cough Assist	R\$ 104,10

9.5 – Taxas de Ambulância (Suporte avançado – UTI)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
9.5.1	Até 50 Km	R\$ 1.325,00	R\$ 1.400,00
9.5.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 2.650,00	R\$ 2.800,00
9.5.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,16	R\$ 15,00
9.5.4	Hora adicional (espera após 02 horas)	R\$ 150,00	R\$ 150,00

9.5.5	Taxa de Oxigênio na remoção	R\$ 17,50	R\$ 17,50
--------------	-----------------------------	-----------	-----------

9.6 – Taxas de Ambulância (Suporte básico)

Descrição do Serviço		Valor	
Distância		Dias de semana	Finais de semana
9.6.1	Até 50 Km	R\$ 772,50	R\$ 872,50
9.6.2	De 50 Km a 100 Km	R\$ 1.545,00	R\$ 1.745,00
9.6.3	Acima de 100 Km (Km excedente)	R\$ 14,67	R\$ 14,67
9.6.4	Hora adicional (espera após 02 horas)	R\$ 100,00	R\$ 100,00
9.6.5	Taxa de Oxigênio na remoção	R\$ 17,50	R\$ 17,50

9.7. Na execução de cada remoção, a equipe que realizou a remoção deverá preencher o Formulário de remoção de pacientes, em duas vias. A primeira via ficará com a empresa Credenciada, a segunda via deverá ser entregue ao médico do Hospital de destino. Caso a remoção seja para realização de exame complementar e retorno a residência, o responsável pelo paciente deverá assinar no campo do Hospital de destino, especificando a hora do término da remoção. Em até 03 dias úteis, deverá ser encaminhado uma cópia pela empresa transportadora à Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia.

9.8 – Gasometria

	Descrição do Serviço	Valor
9.8.1	Oxigênio m ³ – valor do m ³	R\$ 17,50

9.9 – Medicamentos e Materiais

		Tabela
9.9.1	Medicamentos e Materiais	BRASÍNDICE / SIMPRO

9.9.2. Medicamentos de uso restrito hospitalar, especiais e medicamentos em geral - serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente ao mês do atendimento no padrão PMC (Preço Máximo ao Consumidor) ou Preço de Fábrica (PF) em atendimento à Resolução CMED nº 3/2009. Para medicações com valor de PF serão acrescidos o valor de 15% (quinze por cento) referente a taxa pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição seguindo as regras definidas pela ANS (RDC nº 241 de 03/12/2010) e o valor do ICMS, para todos os itens, de acordo com o estabelecido no estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

9.9.3. Os quimioterápicos serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE, correspondente ao mês do atendimento no padrão PMC (Preço Máximo ao Consumidor) ou Preço de Fábrica (PF) acrescido o valor de 20% (vinte por cento);

9.9.4. Deverá ser dada preferência para medicamentos genéricos;

9.9.5. Radiofármacos - serão remunerados pelo Guia Farmacêutico BRASÍNDICE;

9.9.6. As dietas enterais e suplementos serão remunerados pelo CONTRATANTE com base nos catálogos BRASÍNDICE OU SIMPRO, na condição de preço de fábrica, vigente na data da realização

do procedimento com deflator de 40% (quarenta por cento).

9.9.7. Os materiais descartáveis serão pagos com base nos catálogos BRASÍNDICE OU SIMPRO, vigente na data da realização do procedimento, com redutor de 20% (vinte por cento) do valor apresentado nos referidos catálogos. E para os materiais não constantes nos referidos catálogos ou preços de fábrica, serão pagos de acordo com os valores de nota fiscal acrescido de taxa de administração de 10% (dez por cento) e o valor do ICMS, para todos os itens, de acordo com o estabelecido no estado do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

9.10 - Orientações Gerais

9.10.1. As trocas de cilindros de oxigênio (item 9.8.1) deverão ser validadas mediante documento que conste assinatura de membro da família e data da troca. Posteriormente deverão ser apresentadas com o faturamento da conta ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas da OMH/OMFM. A não observância desta solicitação implicará em glosa da oxigenoterapia fornecida;

9.10.2. Todos os materiais deverão ser encaminhados para faturamento com o código SIMPRO. Para medicamentos não existe essa obrigatoriedade;

9.10.3. Todos os pacientes deverão possuir prontuário mantido e organizado pela empresa contratada;

9.10.4. Cada atendimento realizado deverá ser evoluído, carimbado, datado pelo profissional responsável e ratificado pelo responsável pelo paciente;

9.10.5. Os relatórios deverão ser encaminhados quinzenalmente para o Serviço Integrado de Atendimento Domiciliar (SIAD), digitalizados por paciente, com carimbo e assinatura dos profissionais responsáveis;

9.10.6. Materiais com preço igual ou superior a R\$ 300,00 (trezentos reais) deverão ser encaminhados para faturamento ao Serviço de Auditoria de Contas Médicas, com o invólucro do material. A não observância desta solicitação implicará em glosa dos serviços prestados;

9.10.7. Na ocasião das visitas os profissionais deverão se certificar, com antecedência, que o paciente estará no seu domicílio. A OMH/OMFM não se responsabilizará pelos custos decorrentes de atendimentos não realizados, cabendo este ônus ao CREDENCIADO.

9.10.8. Os municípios da área de abrangência da Policlínica Naval de São Pedro da Aldeia são: APERIBÉ, ARARUAMA, ARMAÇÃO DOS BÚZIOS, ARRAIAL DO CABO, BACAXÁ, BOM JESUS DO ITABAPOANA, CABO FRIO, CAMBUCI, CAMPOS DOS GOYTACAZES, CARDOSO MOREIRA, CASIMIRO DE ABREU, CONCEIÇÃO DE MACABÚ, IGUABA GRANDE, ITALVA, ITAPERUNA, LAJE DO MURIAÉ, LARANJAL, MACAÉ, MIRACEMA, NATIVIDADE, PORCIÚNCULA, RIO BONITO, RIO DAS OSTRAS, SANTO ANTONIO DE PÁDUA, SÃO FIDELIS, SÃO JOÃO DA BARRA, SÃO PEDRO DA ALDEIA*, SAQUAREMA E SILVA JARDIM.

MARCOS PAULO BARROS DA ROSA
SO-EF 87.2965.94
Membro da Equipe de Planejamento

ROSANE OLINTO SOBRINHO BARROS
SC-EF 97.1164.41
Membro da Equipe de Planejamento

São Pedro da Aldeia-RJ, na data da assinatura.

RAFAEL DO ESPIRITO SANTO FERREIRA
Capitão de Corveta (Md)
Membro da Equipe de Planejamento