

ANEXO IV

**TABELAS REFERENCIAIS DE REMUNERAÇÃO ADOTADAS PELA
CONAB**

- HONORÁRIOS MÉDICOS**

TABELA CBHPM 2018	
PORTE	R\$
1A	19,84
1B	39,68
1C	59,53
2A	79,38
2B	104,64
2C	143,81
3A	202,37
3B	262,10
3C	310,38
4A	370,21
4B	415,83
4C	471,79
5A	517,41
5B	565,61
5C	609,95
6A	664,61
6B	725,73
6C	788,15
7A	847,97
7B	923,29
7C	1.043,81
8A	1.117,84
8B	1.175,10

8C	1.242,67
9A	1.314,12
9B	1.412,69
9C	1.525,45
10A	1.620,15
10B	1.730,34
10C	1.876,68
11A	1.972,66
11B	2.122,89
11C	2.286,02
12A	2.367,80
12B	2.514,15
12C	2.930,37
13A	3.169,69
13B	3.421,92
13C	3.719,35
14A	4.069,72
14B	4.373,61
14C	4.753,67
UCO	20,47

- **CONSULTAS MÉDICAS**

-

Consultas Médicas Ambulatoriais para as Especialidades de Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia em nível Ambulatorial	R\$ 169,37
Consultas Médicas Ambulatoriais para as Especialidades de Clínica Médica, Endocrinologia, Geriatria, Infectologia, Pneumologia, Psiquiatria e Reumatologia em Pronto Socorro	R\$ 119,50
Consultas médicas ambulatoriais para as demais especialidades	R\$ 127,47
Consultas médicas Pronto Socorro para as demais especialidades	R\$ 119,50
Consulta Médica Ambulatorial e em Pronto Socorro para a Especialidade de Pediatria e suas subespecialidades	R\$ 184,01
Visita a Paciente internado	R\$ 128,21

- **VALOR DA UNIDADE DE SERVIÇO US - SADT :**

Unidade de Serviço – US/SADT:	0,72
--------------------------------------	-------------

-
- **HONORÁRIOS MÉDICOS: HEMODINAMICISTAS E CARDIOLOGISTAS INTERVENCIONISTAS**
-

Grupo	Código Anatômico	Procedimento	Nº Aux.	Valor
A	1.01.01.01-2	Consulta em consultório (no horário normal ou pre-estabelecido)	0	R\$130,00
B	4.08.10.04-6	Avaliação hemodinâmica por cateterismo (aferimento de pressão ou fluxo arterial ou venoso)	0	R\$416,75
C	3.09.04.08-0	Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário	1	R\$1.679,56
	3.09.04.09-9	Implante de marca-passo temporário à beira do leito	1	R\$1.679,56
D	3.09.05.01-0	Colocação de balão intra-aórtico	1	R\$1.344,82
E	3.09.17.01-8	Biópsia do miocárdio	1	R\$3.084,21
	3.09.11.03-6	Biópsia endomiocárdica	1	R\$1.321,73
F	3.09.11.08-7	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia, ventriculografia e estudo angiográfico da aorta e/ou ramos tóraco-abdominais e/ou membros	1	R\$2.857,03
	3.09.11.04-4	Cateterismo cardíaco D e ou E com ou sem cinecoronariografia cineangiografia com avaliação de reatividade vascular pulmonar	1	R\$2.857,03
	3.09.11.09-5	Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	1	R\$2.857,03
	3.09.11.05-2	Cateterismo cardíaco D e/ou E com estudo cineangiográfico e de revascularização cirúrgica do miocárdio	1	R\$2.857,03
	3.09.11.06-0	Cateterismo cardíaco direito com estudo angiográfico da artéria pulmonar	1	R\$2.857,03
	3.09.11.09-5	Cateterismo E e estudo cineangiográfico da aorta e/ou seus ramos	1	R\$2.857,03
	3.09.11.07-9	Cateterismo cardíaco E e/ou D com cineangiocoronariografia e ventriculografia	1	R\$2.857,03

G	3.09.11.14-1	Estudo ultra-sonográfico intravascular	1	R\$2.857,03
	3.09.11.02-8	FFR - Avaliação fisiológica da gravidade de obstruções (cateter ou guia)	1	R\$2.857,03
H	3.09.12.03-2	Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos, com implante de stent	2	R\$8.634,62
	3.09.12.04-0	Angioplastia transluminal percutânea por balão (1 vaso)	2	R\$8.634,62
	3.11.01.05-4	Angioplastia renal unilateral transluminal	2	R\$8.634,62
	4.08.13.17-7	Angioplastia transluminal percutânea	2	R\$8.634,62
	4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obstrução arterial	2	R\$8.634,62
	3.09.06.11-3	Angioplastia transluminal transoperatória - por artéria	2	R\$8.634,62
	3.09.12.02-4	Angioplastia transluminal da aorta ou ramos da artéria pulmonar e ramos (por vaso)	2	R\$6.544,88
	3.09.12.26-1	Angioplastia transluminal percutânea de bifurcação e de tronco com implante de stent	2	R\$8.634,62
I	3.09.12.09-1	Implante de prótese intravascular na aorta/pulmonar ou ramos com ou sem angioplastia	2	R\$6.544,88
	3.09.12.10-5	Implante de stent coronário com ou sem angioplastia por balão concomitante (1 vaso)	2	R\$8.634,62
J	3.09.12.12-1	Oclusão percutânea de "shunts" intracardíacos	2	R\$15.562,10
	3.09.12.14-8	Oclusão percutânea do canal arterial	2	R\$7.593,25
	3.09.12.13-0	Oclusão percutânea de fístula e/ou conexões sistêmicos pulmonares	2	R\$7.593,25
L	4.08.13.71-1	Embolização de fístula arteriovenosa não especificada acima - por vaso	2	R\$7.593,25
	3.09.12.07-5	Emboloterapia	2	R\$7.593,25
M	3.09.12.19-9	Recanalização mecânica do IAM (angioplastia primária com balão)	2	R\$11.372,58
	3.09.12.18-0	Recanalização arterial no IAM - angioplastia primária - com implante de stent com ou sem suporte circulatório (balão intra-órtico)	2	R\$11.372,58
N	3.09.12.25-3	Valvoplastia percutânea por via transeptal	2	R\$6.544,88
	3.09.12.24-5	Valvoplastia percutânea por via arterial ou venosa	2	R\$6.544,88

O	3.09.12.05-9	Atriosseptostomia por balão (Valvoplastia)	2	R\$6.544,88
	3.09.12.06-7	Atriosseptostomia por lâmina	2	R\$6.544,88
P	3.09.12.27-0	Ateromectomia rotacional, direcional, extracional ou uso de laser coronariano com ou sem angioplastia por balão, com ou sem implante de stent	2	R\$9.282,93
	4.08.13.40-1	Aterectomia percutânea orientada por RX (****)	2	R\$3.045,12
Q	3.09.02.05-3	Troca Valvar - Implante Transcateter de Prótese Valvar Aórtica (TAVI)	3	R\$22.500,00
	3.09.12.29-6	Implante Transcateter Prótes Valvar Aórtica (TAVI)	3	R\$22.500,00
R	3.09.12.30-0	Oclusão do apêndice atrial esquerdo	2	R\$22.500,00
S	4.08.14.08-4	Retirada percutânea de corpo estranho intravascular	1	R\$ 11.812,50
T	3.09.02.05-3 (***)	Tratamento percutâneo de regurgitação mitral funcional em insuficiência cardíaca (MITRA CLIP)	3	R\$22.500,00
U	3.09.12.12-1	Fechamento de apêndice atrial	3	R\$2.857,03
V	4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	0	R\$2.857,03
	4.08.1.202-2	Angiografia por punção	0	R\$2.857,03
	4.08.12.03-0	Angiografia por cateterismo não seletivo de grande vaso	0	R\$2.857,03
	4.08.12.04-9	Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário - por vaso	0	R\$2.857,03
	4.08.12.05-7	Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal - por vaso	0	R\$2.857,03
	4.08.12.06-5	Angiografia transoperatória de posicionamento	0	R\$2.857,03
	4.08.12.07-3	Angiografia pós-operatória de controle	0	R\$2.857,03
	4.08.12.07-4	Angiografia pós-operatória de controle	0	R\$ 2.857,03

Observação:

* Código não previsto da Tabela TUSS/ANS, mas constante na Tabela CBHPM 2012

* Código não previsto da Tabela TUSS/ANS , mas constante na Tabela CBHPM 2014

**** Mitraclip - Código não previsto da Tabela TUSS/ANS , utilizar o código da TROCA VALVAR p

****Ateromectomia rotacional, Código não previsto no Rol da ANS, todavia constante na tabela CE

Neste caso, utilizar o código da Aterectomia por raio X (4.08.13.40-1), por similaridade.

• **HONORÁRIOS PARAMÉDICOS – CONSULTA, AVALIAÇÃO, SESSÃO**

CÓDIGO TUSS	CONSULTAS	VALOR
(Tabela 22)		
90011198	Sessão de Acupuntura (incluindo agulhas, materiais e medicamentos)	R\$ 73,77
50000608	Avaliação Inicial de Fonoaudiologia	R\$ 74,16
50000632	Sessão de Fonoaudiologia	R\$ 76,46
50000691	Consulta com Nutricionista	R\$ 85,37
50000349	Avaliação inicial de Psicologia	R\$ 81,20
50000071	Sessão de Psicoterapia	R\$ 85,84
50000101	Sessão de Terapia Ocupacional	R\$ 76,84
50000470	Sessão de RPG	R\$ 66,71
50000462	Sessão de Hidroterapia	R\$ 61,73

• **HONORÁRIOS PARAMÉDICOS – FISIOTERAPIA**

CÓDIGO TUSS	FISIOTERAPIA	VALOR
(Tabela 22)		
10101012	Avaliação Fisioterápica	R\$ 75,17
20103093	Atendimento fisiátrico no pré e pós-operatório de pacientes para prevenção de sequelas	R\$ 28,93
20103107	Atendimento fisiátrico no pré e pós-parto	R\$ 28,93
20103115	Atividade reflexa ou aplicação de técnica cinesioterápica específica	R\$ 28,93
20103123	Atividades em escola de postura (máximo de 10 pessoas) - por sessão	R\$ 43,39
20103182	Desvios posturais da coluna vertebral	R\$ 28,93
20103204	Distrofia simpático-reflexa	R\$ 50,82
20103212	Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos	R\$ 47,10
20103301	Infiltração de ponto gatilho (por músculo) ou agulhamento seco (por músculo)	R\$ 127,28
20103310	Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R\$ 50,00
20103328	Lesão nervosa periférica afetando um nervo com alterações sensitivas e/ou motoras	R\$ 50,00
20103336	Manipulação vertebral	R\$ 78,10
20103344	Miopatias	R\$ 49,50
20103476	Patologia neurológica com dependência de atividades da vida diária	R\$ 57,76

20103484	Patologia osteomioarticular em um membro	R\$ 51,15
20103492	Patologia osteomioarticular em dois ou mais membros	R\$ 67,77
20103506	Patologia osteomioarticular em um segmento da coluna	R\$ 47,85
20103514	Patologia osteomioarticular em diferentes segmentos da coluna	R\$ 83,62
20103522	Patologias osteomioarticulares com dependência de atividades da vida diária	R\$ 53,79
20103530	Recuperação funcional pós-operatória ou por imobilização da patologia vertebral	R\$ 58,25
20103565	Processos inflamatórios pélvicos	R\$ 36,53
20103662	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando um membro	R\$ 36,70
20103670	Recuperação funcional pós-operatória ou pós-imobilização gessada de patologia osteomioarticular com complicações neurovasculares afetando mais de um membro	R\$ 40,50
20103689	Retardo do desenvolvimento psicomotor	R\$ 39,18
20103697	Sequelas de traumatismos torácicos e abdominais	R\$ 33,89
20103700	Sequelas em politraumatizados (em diferentes segmentos)	R\$ 54,70
20104073	Crioterapia (grupo de até 5 lesões)	R\$ 57,86
31602185	Estimulação elétrica transcutânea (TENS)	R\$ 354,63

* Tabela 22 – Tabela Própria das Operadoras (RN/ANS Nº305/2012, art.13);

Observação: Estimulação Elétrica Transcutânea - Cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos critérios listados no grupo I e nenhum dos critérios do grupo II (RN/ANS nº 338/2013):

Grupo I: dor neurogênica; dor músculo-esquelética; dor visceral; dor simpaticamente mediada; dor pós-traumática; dor leve a moderada pós-

operatória; espasticidade da lesão medular e hemiplegia decorrente de acidente vascular encefálico.

Grupo II: paciente no primeiro trimestre da gestação; para melhora do equilíbrio dos pacientes com sequela de AVE em fase crônica; pacientes portadores de marcapassos cardíacos; arritmias cardíacas (desde que tenha sido recomendada pelo médico assistente); dor de etiologia desconhecida; epilepsia (desde que tenha sido recomendada pelo médico assistente); quando a estimulação ocorrer na parte anterior do pescoço, na região da cabeça (posicionado de forma transcerebral); pele com solução de continuidade; pele com parestesia ou anestesia (sensibilidade anormal); abdômen durante a gestação; regiões com implantes metálicos; áreas recentemente irradiadas; próximo à boca e sobre os olhos; sobre o seio carotídeo.

• **TAXAS, DIÁRIAS, SERVIÇOS E GASES**

PEQUENO PORTE
VALOR DA USH: R\$0,84
Hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos
MÉDIO PORTE
VALOR DA USH: R\$ 1,17
Hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 até 150 leitos
GRANDE PORTE
VALOR DA USH: R\$1,43
Hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 até 500 leitos

CÓDIGO	NOMENCLATURA	FATOR	USH
	A) DIÁRIAS		
	1) TIPOS DE ACOMODAÇÃO		
9101050-0	ENFERMARIA	DIA	263
9101040-3	APARTAMENTO TIPO B	DIA	416
60.01.003-7	APARTAMENTO TIPO A	DIA	526
60.01.004-5	SUITE	DIA	1033
60.01.005-3	APARTAMENTO ESPECIAL	DIA	669
9102010-7	UTI	DIA	1359
9101060-8	BERÇARIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO	DIA	110
9101080-2	DAY CLINIC APARTAMENTO (75%) DA DIÁRIA DE APARTAMENTO TIPO B)	DIA	-
9101084-5	DAY CLINIC ENFERMARIA (75%) DA DIÁRIA DE ENFERMARIA)	DIA	-
	2) HORAS EXCEDENTES		
9101041-1	APARTAMENTO TIPO B	HORA	35
60.02.002-4	APARTAMENTO TIPO A	HORA	44
60.02.003-2	APARTAMENTO ESPECIAL	HORA	56
60.02.004-0	SUITE	HORA	86
9101051-9	ENFERMARIA	HORA	22
9102011-5	UTI	HORA	113
9101061-6	BERÇARIO OU ALOJAMENTO CONJUNTO	HORA	9
	B) TAXAS DE SALA		
9101070-5	OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO ATE 6 HORAS	USO	60
9101071-3	OBSERVAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO	HORA	10
9105110-0	RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA – BLOQUEIO DE PLEXO	USO	60

9105120-7	RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA – PERIDURAL E/OU RAQUIANA	USO	80
9105130-4	RECUPERAÇÃO POS ANESTESICA – GERAL	USO	100
9105080-4	CIRURGIAS – PORTE 0	USO	161
9105010-3	CIRURGIAS – PORTE 1	USO	376

9105013-8	CIRURGIAS – PORTE 2	USO	564
9105015-4	CIRURGIAS – PORTE 3	USO	752
9105020-0	CIRURGIAS – PORTE 4	USO	940
9105022-7	CIRURGIAS – PORTE 5	USO	1128
9105030-8	CIRURGIAS – PORTE 6	USO	1316
9105040-5	CIRURGIAS – PORTE 7	USO	1503
9105050-2	PEQUENO ATO MÉDICO FORA DO C.C.	USO	161
9105090-1	PARTO NORMAL	USO	752
9105091-0	CESARIANA	USO	752
9105100-2	CURETAGEM UTERINA	USO	564
9107006-6	QUIMIOTERAPIA/HEMODIALISE	SESSAO	80
9107033-3	HEMODINAMICA	SESSAO	1500
9107003-1	ENDOSCOPIA	EXAME	121
9104003-5	GESSO	SESSAO	110
9104012-4	NUTRIÇÃO PARENTAL (incluídos os materiais necessários a manipulação, exceto equipo, frascos e seringas)	SESSÃO	125
	C) SERVIÇOS ESPECIAIS		
9107008-2	ASPIRAÇÃO	SESSAO	6
9107021-0	ESVAZIAMENTO MANUAL DE MEGACOLON	SESSAO	239
9107002-3	IMOBILIZAÇÃO PROVISORIA	SESSAO	89
9107028-7	INJEÇÃO – AMBULATÓRIO/PRONTO SOCORRO	APLICAÇÃO	10
9107042-2	INSTALAÇÃO DE SORO COM EQUIPAMENTOS – AMBULATÓRIO/PRONTO SOCORRO	SESSÃO	32
9107013-9	INSTALAÇÃO DE TENDA	SESSAO	48
9107043-0	IRRIGAÇÃO CONTINUA	DIA	30
9107044-9	LAVAGEM E ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	SESSAO	8
9107023-6	LAVAGEM GASTRICA	SESSAO	77
9107024-4	LAVAGEM INTESTINAL	SESSAO	77
9107016-3	PREPARO DE ALIMENTAÇÃO ENTERAL	DIA	100
9107017-1	PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTAL	DIA	376
9107045-7	RETIRADA DE GESSO	SESSAO	20
9107046-5	RETIRADA DE IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	SESSÃO	10
9107048-1	SONDAGEM GASTRICA	SESSAO	40
9107049-0	SONDAGEM RETAL	SESSÃO	40
9107022-8	SONDAGEM VESICAL	SESSAO	77
	D) OUTROS SERVIÇOS		
9108007-0	SALA DE NECRÓPSIA / EMBALSAMENTO	USO	200
9108003-7	NECROTÉRIO	USO	60

	E) USO EQUIPAMENTOS / INSTRUMENTOS		
9107069-4	APARELHO DE RX/INTENS. DE IMAGEM NO CC / UTI	USO	100
9107073-2	ARTROSCOPIO (ORTOPEDIA)	USO	394
9107012-0	ASPIRADOR	SESSAO	55
9107007-4	BANDEJA DISSECÇÃO/PUNÇÃO LOMBAR	USO	68
9107030-9	BANDEJA PUNÇÃO SUBCLAVIA	USO	32
9106003-6	BERÇO AQUECIDO (no apartamento ou enfermaria)	HORA	9
9107009-0	BISTURI ELETRICO	USO	73
9107050-3	BISTURI ELETRICO BIPOLAR	USO	100
9107051-1	BOMBA DE CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPOREA	SESSAO	400
9107010-4	BOMBA DE INFUSAO	DIA	100
9106004-7	CAPACETE DE HOOD	DIA	10
9107074-0	CAPINOGRAFO	USO	65
9107052-0	CARDIOTACOGRAFO	HORA	176
9107015-5	CICLOERGOMETRIA (TESTE ERGOMETRICO)	USO	50
9107018-0	COLCHAO D'AGUA OU AR	DIA	21
9107079-1	CRIOCAUTERIO BIPOLAR	USO	65
9107054-6	DERMATOMO A GAS	USO	160
9107053-8	DERMATOMO ELETRICO	USO	80
9107031-7	DEFIBRILADOR (CARDIOVERSOR)	SESSAO	50
9107005-8	ELETROCARDIOGRAFO	EXAME	26
9107068-6	ELETROENCEFALOGRAFO	EXAME	40
9107056-2	ENDOSCOPIO DIGESTIVO	CIRURGIA	300
9107055-4	ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	EXAME	240
9107061-9	ENDOSCOPIO GINECOLOGICO	EXAME	140
9107058-9	ENDOSCOPIO RESPIRATORIO	CIRURGIA	1200
9107057-0	ENDOSCOPIO RESPIRATORIO	EXAME	240
9107060-0	ENDOSCÓPIO UROLOGICO	CIRURGIA	1200
9107059-7	ENDOSCOPIO UROLOGICO	EXAME	400
9106002-8	FOTOTERAPIA	HORA	10
9107062-7	GARROTE PNEUMATICO	USO	40
9107063-5	HALO CRANIANO	DIA	40
9106001-0	INCUBADORA	HORA	17
9107064-3	IONIZADOR	HORA	8
9107032-5	LAPAROSCÓPIO	USO	1921
9107080-5	LASER CIRURGICO	USO	200
9107066-0	LUPA CIRURGICA	USO	100
9107014-7	MARCAPASSO TEMPORARIO	DIA	355
9107067-8	MICROSCÓPIO CIRURGICO	USO	200
9107025-2	MONITOR SIMPLES	HORA	17
9107026-0	NEBULIZADOR	SESSAO	21
9107019-8	OXIMETRO	HORA	10
9107038-4	PACOTE DE CURATIVO	USO	44
9107020-1	QUADRO BALCANICO	DIA	21
9107011-2	RESPIRADOR	HORA	26
9107070-8	SERRA ELÉTRICA	USO	60
9107071-6	TRAÇÃO ESQUELETICA	DIA	40
9107072-4	TREPANO ELÉTRICO/DRIL	USO	60

	F) SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS		
9104009-4	REGISTRO E EXPEDIENTE EM PRONTO SOCORRO	SESSAO	30
9104004-3	ADMISSAO E REGISTRO	SESSAO	208

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS:

- **A Taxa de Processamento de Leite Humano** – Visa cobrir os custos de manipulação, manutenção do ambiente próprio para o preparo, coleta, análise laboratorial microbiológica da amostra do leite, pasteurização, envase, acondicionamento sob refrigeração, distribuição e demais cuidados cabíveis à alimentação dos recém-natos.
- **Nas CIRURGIAS POR VIDEO**, quando o convênio não autorizar todos os materiais descartáveis, o prestador poderá disponibilizar os Materiais de Longa Duração – ditos “permanentes” – mediante o pagamento da taxa de uso destes, conforme previsto neste instrumento.
 - As Taxas para Utilização de Equipamentos, Instrumentos Especiais, Materiais de Longa Duração (material “*permanente*” p/ cirurgias por vídeo) visam cobrir exclusivamente, os custos de instalação, limpeza e esterilização, quando necessária, o desgaste e a reposição, o deslocamento entre unidades, o consumo de energia elétrica, como também a manutenção sistemática dos mesmos.
 - Nas cirurgias realizadas por vídeo, não havendo autorização pelo convênio, para utilização de materiais descartáveis necessários e existindo Materiais de Longa Duração (ditos “permanentes”) substitutivos, o hospital poderá disponibilizá-los, sendo, nestes casos, efetuada a cobrança da TAXA UTILIZAÇÃO MATERIAL VÍDEO LONGA DURAÇÃO (“PERMANENTE”), para cobertura exclusivamente de custos com aquisição, manutenção, reposição, acondicionamento, limpeza, esterilização e depreciação.
- Nas internações que necessitem de isolamento e/ou precaução de contato do paciente, as diárias serão acrescidas de 30%, desde que acompanhado do demonstrativo do tipo de isolamento proposto para cada caso, para que seja concedida pelo Auditor Externo, no momento da auditoria in loco.
 - Pacientes de Enfermaria que necessitem de isolamento serão acomodados em Apartamento B, ambiente este que possibilita o efetivo isolamento; Nas situações previstas no item acima, para pacientes com direito a acomodação de Enfermaria, será cobrado o valor da diária da acomodação efetivamente utilizada (Apartamento B), acrescida a condição do item 3.
- Das taxas de sala cirúrgicas

- Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias pela mesma via de acesso à taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100% da taxa de maior porte, acrescida de 50% do valor da taxa da segunda cirurgia e 25% das taxas das demais cirurgias.
- Quando ocorrerem duas ou mais cirurgia por vias de acesso diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da Taxa de maior porte, acrescido de 70%, do valor da taxa da segunda cirurgia e 25%, das taxas das demais cirurgias.
- Quando ocorrerem duas ou mais cirurgias, por duas ou mais equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, a taxa de sala a ser cobrada será correspondente a 100%, da taxa de maior porte, acrescido de 100%, do valor da taxa da segunda cirurgia e 50%, das taxas das demais cirurgias. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado.
- Quando forem realizadas cirurgias de Porte 0 (zero) no Centro Cirúrgico, a Taxa de Sala a ser cobrada será equivalente ao Porte 1 (um), devidamente justificada pelo médico assistente.
- Nas cirurgias INFECTADAS (Portaria nº 930 de 27/08/92 do Ministério da Saúde), aquelas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja, exemplo: cirurgia do reto e ânus com pus, cirurgia abdominal em presença de pus e conteúdo de cólon, nefrectomia com infecção, presença de vísceras perfuradas, colecistectomia por colecistite aguda com empiema, exploração das vias biliares em colangite supurativa), por acarretarem isolamento da sala, despesas adicionais de reesterilização, risco de perda ou postergação de cirurgias [subsequentes](#), as taxas de sala terão acréscimo de 100 (cem por cento) do seu valor, mediante relatório médico.

- GASES MEDICINAIS**

GASES MEDICINAIS			
CÓDIGO	NOMENCLATURA	FATOR	R\$
9109001-6	AR COMPRIMIDO – UTI/PSO	HORA	R\$ 15,85
9109002-4	AR COMPRIMIDO NO CENTRO CIRÚRGICO	HORA	R\$ 14,06
9109003-2	AR COMPRIMIDO SOB CATETER	HORA	R\$ 1,63
9109004-0	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 15,61
9109005-9	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 20,79
9109006-7	OXIGÊNIO – UTI ADULTO	HORA	R\$ 68,46
9109007-5	OXIGÊNIO – UTI NEONATAL	HORA	R\$ 11,77
9109008-3	OXIGÊNIO - UTI PEDIÁTRICA	HORA	R\$ 30,22
9109009-1	OXIGÊNIO NO CENTRO CIRÚRGICO	HORA	R\$ 4,78
9109010-5	OXIGÊNIO SOB CATETER - UTI/APARTAMENTO	HORA	R\$ 4,89
9109011-3	OXIGÊNIO PARA NEBULIZAÇÃO	SESSÃO	R\$ 1,23
9109012-1	PROTÓXIDO DE AZOTO	HORA	R\$ 4064
9109013-0	ÓXIDO NÍTRICO	HORA	R\$ 121,61

- FILME RADIOLÓGICO**

FILME RADIOLÓGICO	
VALOR	R\$ 34,89

- ODONTOLOGIA**

VALOR	
VALOR SERVIÇO ODONTOLÓGICO (USO)	R\$ 0,60

EXAME CLÍNICO

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	80
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	80
81000073	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA	80

EXAME CLÍNICO - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
2. Considera-se Urgência os atendimentos ocorridos em dias de Sábado, Domingo e Feriado, sempre e quando este horário não se encontre no fixado pelo dentista. Nos dias úteis, a Urgência Noturna compreende os atendimentos ocorridos no horário das 22h às 06h. Por essa razão, a Consulta de Urgência terá um acréscimo de 30% (trinta por cento), em relação à Consulta Inicial.
3. Na GTO da Avaliação Técnica (Perícias Inicial e Final), deverá conter em seu corpo, o número correspondente à GTO destinada ao Plano de Tratamento periciado.
4. **Perícia Inicial:** deverá ser realizada quando o tratamento resultar em quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO igual ou superior àquela estabelecida e em vigor.
5. **Perícia Final:** deverá ser realizada até 08 (oito) dias úteis contados da data da conclusão do Tratamento Odontológico, acompanhadas das radiografias finais solicitadas pelo Avaliador Técnico.
6. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

7.

RADIOLOGIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	32
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	68
81000430	RADIOGRAFIA ANTERO-POSTERIOR	120
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	300
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA)	132
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE WING	32
81000367	RADIOGRAFIA DA MÃO E PUNHO - CARPAL	140
81000308	MODELOS ORTODÔNTICOS	160
81000456	SLIDE	28
81000278	FOTOGRAFIA	28
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	196
81000472	TELERRADIOGRAFIA	120

RADIOLOGIA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A autorização da Radiografia Panorâmica está condicionada ao limite de 01 (uma) por ano, por beneficiário típico do SAS.
2. As Radiografias somente serão viabilizadas por intermédio da solicitação radiográfica datada e assinada por profissional, mediante carimbo e CRO legível.
3. A série completa de 14 (quatorze) Radiografias Periapicais e 04 (quatro) Interproximais poderá ser realizada somente por Clínicas Radiológicas.
4. Quando da realização de Radiografias da ATM, 03 (três) Incidências Bilaterais devem ser consideradas: Repouso, Intercuabertura Máxima, para verificação da Excursão do Côndilo.
5. Em se tratando de Slides e Fotos, a Série Máxima é de 07 (sete) Unidades, composta da seguinte forma: Duas Extra-orais – Uma de Frente e Uma de Perfil; Cinco Intra-orais – Uma Sorriso, Duas Laterais e Duas Oclusais.
6. Estão isentos de perícias os procedimentos radiológicos, **ainda que ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico - USO, estabelecida e em vigor.**

7.

ODONTOPEDIATRIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	116
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	110
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	130
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	168
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	182
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	140
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	188
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	208
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	112
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	100
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA	112
85200042	PULPOTOMIA	160
82001715	ULOTOMIA	160
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	120
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	240
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	260
84000201	REMINERALIZAÇÃO (FLUOTERAPIA) VALOR TOTAL DAS 04 (QUATRO) SESSÕES	216
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO – BOCA TOTAL	80
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	184
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL - MÁXIMO DE 02 (DUAS) SESSÕES	76

ODONTOPEDIATRIA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Odontopediatria**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
2. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
3. Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.
4. Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.
5. Em se tratando de Aplicação Tópica de Flúor, é considerada a Boca Total, abrangendo os Dois Arcos, excluída, aí, a Profilaxia, já que esta possui código distinto daquela. Note-se que o intervalo entre uma aplicação e outra, é de 06 (seis) meses.
6. A Aplicação de Selante se dá por elemento, destinando-se exclusivamente aos dentes molares e pré-molares, independentemente da técnica utilizada, cujo procedimento é autorizado somente para beneficiário **com idade inferior a 14 (quatorze) anos**, desde que decorrido o prazo mínimo de 01 (um) ano entre uma aplicação e outra.
7. Entende-se por Condicionamento Odontopediátrico, a fase inicial de adaptação da criança ao consultório, oportunidade em que será considerado o valor total das sessões – máximo de duas. Para essa finalidade, é importante destacar que o procedimento é autorizado não mais que uma vez por beneficiário, mediante justificativa do profissional assistente.
8. Nos casos em que o profissional assistente indicar a necessidade de Fluoterapia ou Remineralização, desde que verificada a existência de manchas generalizadas, o procedimento deverá ser justificado no verso da GTO, de modo a viabilizar a sua autorização no ato da Avaliação Técnica. Note-se que esse procedimento, quando autorizado, não pode ser realizado juntamente com a

Aplicação Tópica de Flúor – Código TUSS 8000090 e a Dessensibilização Dentária – Código TUSS 85300071.

9. A Aplicação de Cariostático é destinada, exclusivamente, para criança com idade inferior a 04 (quatro) anos.
10. Excepcionalmente, desde que justificadas, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de Orientação de Higiene Bucal.
11. Estão isentos de perícias, os Procedimentos Odontopediátricos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
12. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

DENTÍSTICA (Restauradora)

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	110
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	130
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	168
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	182
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	192
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	92
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	140
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	188
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	208
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO - 1 FACE	92
85400262	PINO PRÉ FABRICADO	26
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	112
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	184
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	1110
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	168
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	148
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	512
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA - INLAY/ONLAY	1500
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY	1200
80400040	CASQUETE PARA MOLDAGEM	112
80400042	FACETA LAMINA DE PORCELANA	1288
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	100
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE - TÉCNICA INVASIVA	112

DENTÍSTICA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
2. Independentemente do Tipo de Restauração (amálgama; resina), as faces envolvidas devem estar marcadas no Odontograma e especificadas na descrição da GTO.
3. Qualquer que seja o Tipo de Restauração (amálgama; resina), já está incluído o forramento necessário, bem como o Polimento Final.
4. Não obstante o material utilizado, as Restaurações em Amálgama e Resina deverão ter **garantia mínima de 02 (dois) anos**.
5. Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Dentística (restauradora) **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor**.
6. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor**. Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

ENDODONTIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	544
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	612
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	892
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	644
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	652
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	1160
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	88
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	272
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	168
85200042	PULPOTOMIA	160
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	260
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	216
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	64
80300014	URGÊNCIA ENDODÔNTICA	172
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	32
80400034	CIMENTAÇÃO PROVISÓRIA DE BLOCOS E COROAS	70
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	100

ENDODONTIA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em **Endodontia**, e bem assim da competente **Inscrição de Especialização – IE** junto ao respectivo **Conselho Regional de Odontologia – CRO**, a que o mesmo esteja vinculado.
2. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
3. As Radiografias que retratam o “antes” e o “depois” do Tratamento Endodôntico deverão ser apresentadas, respectivamente, nas Perícias Inicial e Final.
4. Os Tratamentos Endodônticos e respectivos Retratamentos deverão ter garantia mínima de 03 (três) anos.
5. As Radiografias utilizadas durante o Tratamento e/ou Retratamento Endodôntico já estão incluídas no procedimento, não podendo, por isso, ser cobradas separadamente.
6. Pode ser cobrada separadamente apenas a Radiografia utilizada para a definição do Diagnóstico, desde que realizada no Consultório, e bem assim aquela destinada à comprovação do Preparo para Núcleo.
7. É indispensável a apresentação da Radiografia Inicial no ato da Avaliação Técnica Inicial e, do mesmo modo, as duas – conjuntamente inicial e final – por ocasião da Avaliação Técnica Final.
8. A cobrança de Capeamento Direto somente pode ocorrer quando houver Exposição Pulpar e, ainda, se for usado como Curativo de Demora, para definir a necessidade ou não do Tratamento Endodôntico (indicado para crianças e adolescentes).
9. O Clareamento somente é autorizado quando realizado em Dentes Anteriores, incluindo, aí, os primeiros pré-molares superiores e que já receberam Tratamento Endodôntico.
10. Estão isentos de perícias, os Procedimentos Endodônticos **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**

11. Atenção: nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

PERIODONTIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
85300039	RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	120
85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	100
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	152
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	304
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	380
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	440
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	720
82000557	CUNHA PROXIMAL	172
82000689	ENXERTO PEDICULADO	360
82001073	ODONTO-SECÇÃO	348
82000921	GENGIVECTOMIA - POR SEGMENTO	380
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	80
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	40
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA - GNA	64
85400017	AJUSTE OCLUSAL	132
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	240
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	560
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR	112

82001669	TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO	1160
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	124
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	184
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	76
82000239	BIÓPSIA – POR SEGMENTO	200
80450015	CURETAGEM APICAL	460
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	192
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	192
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	192

PERIODONTIA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. Não serão autorizados planos de tratamentos odontológicos propostos por profissional não detentor do Título de Especialização em Periodontia, e bem assim da competente Inscrição de Especialização – IE junto ao respectivo Conselho Regional de Odontologia – CRO, a que o mesmo esteja vinculado.
2. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
3. Não será acolhida/permitida a cobrança de consultas quando o beneficiário retornar para a Avaliação do Tratamento Cirúrgico.
4. Relativamente aos Tratamentos Não Cirúrgicos de Periodontite mencionados nos Códigos TUSS 85300039, 85300047, faz-se necessária que a Medição das Bolsas seja indicada na GTO, de modo a viabilizar a sua liberação pelo Perito, por ocasião da Avaliação Técnica Inicial.
5. Na ocorrência de Intervenção Cirúrgica Periodontal, a troca de Cimento Cirúrgico e eventual Curativo Pós-Cirúrgico já está incluída.

6. Não é permitida a cobrança simultânea do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite Leve e/ou Avançada com o Tratamento de Gengivite, quando estes se derem no mesmo Segmento.
7. O procedimento descrito no Código TUSS 84000198 não poderá ser cobrado associadamente aos Códigos TUSS 82000506 e 82001669.
8. Será recusada, igualmente, a cobrança do Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite, juntamente com o Tratamento Cirúrgico no mesmo Segmento.
9. Cada Arcada contém 03 (três) Segmentos, sendo 1 Segmento Anterior (canino a canino); 1 Segmento Posterior Esquerdo; e 1 Segmento Posterior Direito. Já uma Arcada (superior ou inferior) compõe-se de 2 Hemiarcadas, que por sua vez contém 1 e ½ Segmento cada.
10. Os Procedimentos de Cirurgia Periodontal, Tratamento Não Cirúrgico da Periodontite e Enxertos, somente serão autorizados desde que requeridos por profissional odontólogo credenciado detentor do Título de Especialização em Periodontia.
11. Havendo indicação para a confecção de Placa Miorrelaxante Rígida e Imobilização Dentária, far-se-ão necessários Laudos Especializados, os quais poderão ser lavrados no verso da própria GTO.
12. Excepcionalmente, desde que justificadas pelo especialista, poderão ser autorizadas até duas sessões por beneficiário, com vistas à realização de Orientação de Higiene Bucal.
13. A remoção do cimento cirúrgico e suturas decorre do ato cirúrgico – o acessório acompanha o principal -, não devendo, por isso, ser considerada como Proservação Pós-Cirúrgica, cuja cobrança será recusada.
14. Estão isentos de perícias, os Procedimentos Periodonticos que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.
15. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico **deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

PRÓTESE DENTÁRIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	584
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	584
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	2000
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	2000
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMI PRECISÃO	412
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	292
85400165	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA (COROA VENEER)	840
85400173	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA	500
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	560
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	168
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	148
85400408	PRÓTESE TOTAL	2760
85400408	PRÓTESE TOTAL	2760
85400050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	140
85400033	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	320
80400015	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO – ARCADA SUPERIOR	2360
80400016	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXE MACHO JÁ INCLUÍDO – ARCADA INFERIOR	2360
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA	1120
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA	1600

86000420	OBTENÇÃO DE MODELOS	148
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	1400
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	1400
85400017	AJUSTE OCLUSAL	132
90011791	COROA METALO-CERÂMICA OU METAL FREE SOBRE DENTE NATURAL	1600
85400173	COROA TOTAL METALO PLÁSTICA	500
80400025	PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-CERÂMICA (PONTE DE 3)	2222
80400026	PRÓTESE FIXA ADESIVA METALO-PLÁSTICA (PONTE DE 3)	1600
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO	360
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO	360
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO	360
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL - IMEDIATO	360
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	460
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	100
80400033	PONTO DE SOLDA	180
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	100
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	100
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	512
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO - INLAY/ONLAY	1200
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	440
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	720
80400040	CASQUETE PARA MOLDAGEM	112
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	100
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	1288
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	64

PRÓTESE DENTÁRIA INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
2. Os Trabalhos de Próteses deverão ter garantia mínima de 02 (dois) anos.
3. Os trabalhos executados em **ouro** ou em outro material não previsto na presente Tabela serão de inteira responsabilidade do beneficiário junto ao profissional.
4. Os **procedimentos de prótese**, estabelecidos no presente Referencial Odontológico, destinam-se **exclusivamente a dentes naturais**.
5. **Não serão acobertadas** pela Companhia as despesas decorrentes de **serviços de prótese para dentes ausentes** (artificiais/implantes);
6. Todo Procedimento de Prótese deverá ter garantia mínima de 03 (três) anos.
7. A Confecção do Núcleo Metálico é comprovada por meio de Radiografia, registrando o antes e o depois de sua colocação.
8. O Ajuste de Oclusão, bem como o Modelo de Estudo se restringem aos casos de Reabilitação Oral Maior, tais como: Próteses Fixas; Próteses Removíveis; ou na Confecção de 04 (quatro) ou Mais Blocos ou Coroas no mesmo Arco.
9. Somente é autorizada a cobrança de 01 (uma) Coroa Provisória para cada Elemento Dentário.
10. Coroas Provisórias Prensadas somente são autorizadas se houver confecção de Prótese Fixa ou quando envolver Mais de 03 (três) Preparos de Dentes no Mesmo Arco.
11. Em se tratando de Coroa Provisória Prensada, há a necessidade de Perícia Final, devendo a GTO ser desmembrada em Tratamento Provisório e Definitivo.
12. Não haverá autorização para nenhum tipo de Coroa Provisória para a confecção de Restauração Metálica Fundida – RMF.
13. Quando houver indicação para confecção de Faceta Laminada de Porcelana, esta deverá ser justificada no verso da GTO.

14. Não é permitida a cobrança de Cimentação de Blocos e Coroas fora do Atendimento de Emergência.
15. Havendo indicação para a confecção de Placa Miorrelaxante Rígida, far-se-ão necessários Laudos Especializados, os quais poderão ser lavrados no verso da própria GTO.
16. Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Prótese Dentária **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
17. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	130
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	100
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	512
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	560
82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	660
82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	716
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	740
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	812
82000239	BIÓPSIA – POR SEGMENTO	200
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	480
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	600
82000387	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL	360
82000360	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL	720
82000298	BRIDECTOMIA	352
80450013	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR DIREITA	600
80450014	CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE SUPERIOR ESQUERDA	600
80450015	CURETAGEM APICAL	460
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	192
82000816	EXODONTIA A RETALHO	232
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	192
82000034	ALVEOLOPLASTIA	80
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	576

82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	360
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	360
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	360
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	192
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	600
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	240
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	360
82001715	ULOTOMIA	160
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	604
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL	604

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

L -

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A primeira consulta engloba o Exame Clínico, Diagnóstico, preenchimento da Guia de Tratamento Odontológico - GTO e Plano de Tratamento.
2. Para um melhor resultado da Avaliação Técnica, os Tratamentos Cirúrgicos deverão estar sempre acompanhados das radiografias correspondentes às Perícias Inicial e Final.
3. Os Procedimentos de Cirurgia Odontológica, realizados por profissionais em ambiente hospitalar, serão remunerados de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, cujos procedimentos nela estabelecidos deverão estar previamente autorizados pela CONAB, por meio da respectiva Guia de Tratamento Odontológico - GTO.
4. Para que sejam autorizados os Procedimentos Laço de Dente Incluso e Exodontia, indicados para o Tratamento Ortodôntico, é necessário que a Solicitação do Especialista em Ortodontia esteja apensada à GTO.

5. Os Procedimentos de Apicetomia Com ou Sem Obturação Retrógrada deverão estar acompanhados das respectivas radiografias, iniciais e finais.
6. Para que o Procedimento Cirúrgico (Exodontia de Dente Permanente, Remoção de Dente Incluso e Cirurgias Maiores) seja realizado a contento, faz-se necessário constar no verso da GTO, o LIVRE CONSENTIMENTO do Paciente ou de seu Responsável, dando conta dos riscos e benefícios advindos da Cirurgia, devidamente Datado e Assinado pelo Paciente ou Responsável.
7. O odontólogo assistente deve orientar e fornecer, por escrito, as recomendações pré e pós-operatórias, por ocasião da indicação/realização da Cirurgia.
8. Estão isentos de perícias, os Procedimentos de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial **que não ultrapassem a quantidade limite de Unidades de Serviço Odontológico – USO, estabelecida e em vigor.**
9. **Atenção:** nenhum tratamento odontológico deverá ser iniciado sem a autorização prévia da CONAB, **ainda que a quantidade de Unidades de Serviço Odontológico – USO seja inferior àquela estabelecida e em vigor.** Nesse caso, a Companhia não se responsabilizará pela contraprestação pecuniária daí decorrente.

ORTODONTIA

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO TUSS	QTD. USO
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	200
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	240

ORTODONTIA - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS:

1. A Manutenção Mensal é um ato odontológico que requer conhecimentos específicos, portanto só pode ser executada por profissionais detentores do Título de Especialização em Ortodontia, devidamente registrado no Conselho Regional de Odontologia – CRO.

2. Os pedidos de Manutenção Mensal para Aparatologia, tanto Fixa quanto Móvel, deverão conter o mês a que se destinam.
3. Não serão autorizados pedidos extemporâneos de Manutenção Ortodôntica, ou seja, somente serão emitidas Guias de Tratamento Odontológico - GTO dentro do mês em que se realizará a manutenção requerida.
4. Cada Beneficiário faz jus a até 24 (vinte e quatro) Manutenções de Aparatologia Ortodôntica (Móvel ou Fixa), incluída, aí, a Fase de Contenção. Excepcionalmente, desde que justificadas por Laudo Ortodôntico, e aprovadas pela perícia, tais Manutenções poderão ser prorrogadas por mais 12 (doze) continuadas, totalizando 36 (trinta e seis) meses.
5. Toda vez que o Beneficiário deixar de comparecer ao Consultório, para a realização da Manutenção prevista no Plano de Tratamento Ortodôntico, a Companhia não se responsabilizará pela cobertura financeira daí decorrente, não se admitindo nesse caso a recontagem/compensação da quantidade das manutenções inicialmente estabelecidas.
6. Na hipótese de o empregado ser transferido para outra Regional, o Profissional Assistente deverá emitir Laudo Ortodôntico, detalhando os pontos do tratamento já realizado. Do mesmo modo, deverá o Profissional Assistente entregar ao Beneficiário a respectiva Documentação Ortodôntica, de forma a criar maiores condições e facilidades para um novo contato com outro especialista, objetivando a continuidade do tratamento.

Observação: Para todos os procedimentos odontológicos, os credenciados para realização de perícia técnica receberão com **fator multiplicador de 1,5 (um vírgula cinco vezes)**.

- HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGISTAS**

CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA
VALOR
R\$ 127,51

PORTE ANESTÉSICO	VALOR
0	R\$ 434,65
1	R\$ 202,48
2	R\$ 295,05
3	R\$ 434,65
4	R\$ 643,78
5	R\$ 995,94
6	R\$ 1.391,05
7	R\$ 1.977,10
8	R\$ 2.609,40

INFORMAÇÕES GERAIS - ANESTESIOLOGIA:

- 1- **Tabela de Referência: Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM** Para os Procedimentos em Regime Ambulatorial: fator multiplicador de 1,2 (um vírgula duas vezes) e Regime de Internação (UTI, Apartamento, Enfermaria, Day Clinic ou Hospital Dia): Fator multiplicador de 2,0 (duas vezes);
- 2- **Valoração dos Portes Anestésicos:**
 - a) Honorário do anestesista em cirurgias com mais de um código, fica exatamente igual ao do cirurgião: mesma via 100% do maior porte, 50% dos demais. Vias diferentes: 100% do maior porte, 70% dos demais.
 - b) Procedimento com porte anestésico mais procedimento sem porte anestésico: permanece 100% do maior porte e 50% do outro, obedecendo a regra do porte 0 (que se paga o valor do porte 3).

c) O ato médico, assistidos
pelo Anestesiologista, nos casos
abaixo seguirão as seguintes
regras:

c.1) ENDOSCÓPICO

DIAGNÓSTICO (Código

3.16.02.23-1):

- Quando houver a necessidade de assistência pelo médico, a valoração do ato anestésico corresponderá ao Porte Anestésico 2;
- Terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos).

c.2.) ENDOSCÓPICO INTERVENCIÓNISTA (Código 3.16.02.24-0);

- Quando houver a necessidade da assistência pelo médico, a valoração do ato anestésico corresponderá ao Porte Anestésico 3; e
- Terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos);

c.3) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (Código 3.16.02.27-

04):

- Quando houver a necessidade da assistência pelo médico, a valoração do ato anestésico corresponderá ao Porte Anestésico 2; e

- Terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos).

c.4) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (Código 3.16.02.27.-04):

- Quando houver a necessidade da assistência pelo médico, a valoração do ato anestésico corresponderá ao Porte Anestésico 3; e
- Terá acréscimo de 30% quando a anestesia for realizada em crianças (idade 12 anos) ou idosos (igual ou acima de 65 anos).

- DOS PACOTES
- ECOENDOSCOPIA – HONORÁRIOS DOS ANESTESIOLOGISTAS

ITENS	CÓDIGO	ECOENDOSCOPIA – PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO E DE DIAGNÓSTICO, Honorário do Anestesiologista compreendendo os seguintes códigos e procedimentos:	VALOR
Honorário do Anestesiologista compreendendo os seguintes códigos e procedimentos:			
1	90.01.000-1	Ecoendoscopia Alta	R\$ 1.148,19
2	90.01.000-2	Ecoendoscopia Baixa	R\$ 1.043,81

- PACOTE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL – HONORÁRIOS DOS ANESTESIOLOGISTAS, EXCLUSIVAMENTE PARA PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR CIRURGIÕES DENTISTAS

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTOS ENVOLVIDOS POR SIMILARIDADE COM ASSOCIAÇÃO	CÓDIGO THSM/TUSS	VALOR
Pacote (HM) anestesia para procedimentos odontológicos simples em pacientes portadores de necessidades especiais	Pacote (HM) anestesia para procedimentos odontológicos simples em pacientes portadores de necessidades especiais	30208033	R\$ 2.500,00
Pacote (HM) anestesia para procedimentos cirúrgicos menores (enxertos ósseos, levantamento de seios, distração palatal, mentoplastia e artroscopia de ATM bilateral.)	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I	30208050	R\$ 4.000,00
	OSTEOTOMIA PARA PROGNATIA, MICROGNATIA OU LATEROGNATIA	30208025	
	OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA	30209021	
	ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	30208017	
	OSTEOTOMIAS ALVÉOLO PALATINAS	30208033	
	ARTROSCÓPIA PARA DIAGNÓSTICO	30713153	
Pacote (HM) anestesia para cirurgia ortognática sem cirurgia de ATM	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I	30208050	R\$ 4.500,00
	OSTEOTOMIA PARA PROGNATIA, MICROGNATIA OU LATEROGNATIA	30208025	
	OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA	30209021	
Pacote (HM) anestesia para cirurgia ortognática completa com cirurgia de ATM	OSTEOTOMIA TIPO LEFORT I	30208050	R\$ 4.750,00
	OSTEOTOMIA PARA PROGNATIA, MICROGNATIA OU LATEROGNATIA	30208025	
	OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA	30209021	
	ARTROPLASTIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR	30208017	
	PALATOPLASTIA COM ENXERTO ÓSSEO	30202094	

	FRATURA SIMPLES DA MANDÍBULA C/CONT E BLOQUEIO INTERMAXILAR EVENTUAL	30207088	
	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA C/ENXERTO ÓSSEO	30208106	
	OSTEOTOMIAS SEGMENTARES DA MAXILA OU MALAR	30208041	
	HEMANDIBULECTOMIA OU RESSEC. SEGMENTAR OU SECCIONAL DA MANDÍBULA	30211042	
	EXERÉSE DE TUMOR BENIGNO, CISTO OU FÍSTULA	30210127	
	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO- LABIAL	30201080	

- HONORÁRIOS MÉDICOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA - PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULAR**

HONORÁRIOS MÉDICOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA - PROCEDIMENTOS CARDIOVASCULAR, negociado entre as partes até o limite dos valores abaixo		
CÓDIGOS	DESCRIÇÃO	VALOR VIGENTE CONAB
90010003	PUNÇÃO PLEURAL	R\$ 506,51
90010004	DRENAGEM PLEURAL	R\$ 1.374,88
90010005	MEDIASTINOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 3.959,53
90010006	TRATAMENTO DE MEDIASTINITE	R\$ 5.997,07
90010007	ESTENOSE DO ANEL	R\$ 12.155,38
90010008	PERSISTENCIA DO CANAL ARTERIAL	R\$ 14.584,65
90010009	COARCTAÇÃO DA AORTA	R\$ 14.584,65
90010011	BANDAGEM DA ARTÉRIA PULMONAR	R\$ 5.066,96
90010212	COMUNICAÇÃO INTERATRIAL	R\$ 19.916,48
90010013	COMUNICAÇÃO INTER VENTRICULAR	R\$ 19.916,48
90010014	RESSECÇÃO MEMBRANAS, INFUNDIBULOS	R\$ 13.058,57
90010015	TRANSPOSIÇÕES	R\$ 14.235,21
90010016	COMISSUROTOMIA VALVAR	R\$ 20.462,12
90010017	PLASTIA VALVAR	R\$ 21.007,78
90010018	TROCA VALVAR	R\$ 21.007,78
90010219	ANEURISMECTOMIA DE VE	R\$ 17.161,77
90012221	REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	R\$ 22.363,14
90010022	RESVASC MIOCARDIO + CIRURGIA VALVAR	R\$ 28.665,45
90010023	RECOLOCAÇÃO DE ELETRODO, GERADOR	R\$ 1.147,57
90010024	TROCA DE GERADOR	R\$ 2.296,42

90010025	MP UNICAMERAL (GERADOR + ELETRODO ATRIAL)	R\$ 3.058,66
90010026	MP DDD (GERADOR + ELETRODO ATRIAL)	R\$ 4.789,67
90010027	COLOCAÇÃO DE BALAO INTRA AORTICO	R\$ 2.595,50
90010228	ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL INFRA RENAL	R\$ 13.575,84
90010029	ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL SUPRA RENAL	R\$ 14.576,02
90010031	TRATAMENTO PERCUTANEO DO ANEURISMA AORTA	R\$ 8.790,83
90010332	INSTALAÇÃO CIRCUITO P/ASSISTENCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA	R\$ 7.092,97
90010033	MANUTENÇÃO CIRCUITO P/ASSISTENCIA MECÂNICA CIRCULATÓRIA	R\$ 1.566,12
90010034	CORREÇÃO CIRURGICA DAS ARRITMIAS	R\$ 17.733,85
90010335	DRENAGEM PERICARDIO	R\$ 2.266,87
90010336	CARDIOTOMIA (FERIMENTO, CORPO ESTRANHO)	R\$ 9.045,29
90010037	TUMORES CARDIACOS	R\$ 9.045,29
90031202	CIRURGIA MULTI - VALVAR	R\$ 23.887,89
90031270	ANEURISMA AORTA	R\$ 30.542,17
90031326	PERICARDIECTOMIA	R\$ 4.897,95
90031415	DEFIBRILADOR (CDI)	R\$ 14.599,26
90031423	MULTI - SÍTIO (BIFOCAL, BIVENTRICULAR)	R\$ 15.072,52
90031458	INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO EPIMIOCÁRDIO TEMPORÁRIO	R\$ 805,56
90031474	RETIRADA DE SISTEMA NÃO APLICÁVEL A TROCA DE GERADOR)	R\$ 594,15
90031490	INSTALAÇÃO DE MARCA-PASSO TEMPORÁRIO À BEIRA DO LEITO	R\$ 223,14
90031520	PONTE FÊMORO - FEMORAL CRUZADA	R\$ 4.356,22
90031539	ENDARTERECTOMIA DE CARÓTIDA	R\$ 7.603,61
90031563	ESTENOSES DE ANEL (AMPLIAÇÃO DE ANEL) PEDIATRIA	R\$ 12.168,54

90031580	REDIRECIONAMENTO DE FLUXO/ANASTOMOSE SISTÊMICO-PULMONAR	R\$ 12.977,43
----------	--	----------------------

- **NEFROLOGIA**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
30909031	Hemodiálise Crônica Por Sessão – ATÉ 4H/SESSÃO	R\$ 782,04
30909139	HEMODEPURAÇÃO POR HEMODIAFILTRAÇÃO – ATÉ 4 HORAS/SESSÃO	R\$ 1.215,23
30909147	Hemodepuração de Casos Agudos - ATÉ 12 HORAS/SESSÃO	R\$ 742,54
31008119	Diálise Peritoneal (Manutenção) 1 VEZ/MÊS)	R\$ 2.469,19
30913144	Confecção de Fístula Arteriovenosa	R\$ 689,03
31008062	Implante de Cateter – Hemodiálise (+ HNO)	R\$ 531,00

**Procedimento: 3.09.09.15-5 - PACOTE HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE -
AMBULATORIAL HIGH VOLUME - HDF (POR SESSÃO)**

CÓD.PACOTE	CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO DO PACOTE	CONAB
	3.09.09.15-5	PACOTE HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE - AMBULATORIAL HIGH VOLUME - HDF (POR SESSÃO)	R\$ 1.412,10

INCLUSO:	Honorários Médicos, serviço de enfermagem, taxas de equipamentos e de sala, materiais e medicamentos.
EXCLUÍDO:	Honorários Médicos de Implante de Cateter e/ou outros difusos da sessão de HDF-OL, materiais especiais e medicações utilizadas em casos específicos como Eritropoetina, Noripurum, Heparina fracionada, Calcijex, Zemplar e Cinacalcete, entre outros de alto custo.

- **ECOENDOSCOPIA**

ECOENDOSCOPIA, todos os pacotes contemplam: honorários médicos, diárias, taxas, materiais e medicamentos. Exceto anestesista que deverá ser cobrado quando necessário. Caso haja a necessidade de algum outro medicamento, que não esteja previsto no pacote, a solicitação deverá ser prescrita pelo médico assistente com a devida justificativa e enviada a Conab para análise e aprovação.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
90040612	Ecoendoscopia Baixa ou Alta com Punção (com Agulha – Código 041198)	R\$ 4.050,77

- PACOTE DE DESPESAS COM ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE**

DESPESAS COM ACOMODAÇÃO E ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTE		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	CONAB
90.01.003-9	Pacote de Despesas com Acomodação e Alimentação para acompanhante (café, almoço e jantar) – desde que o dependente típico, na condição de internado, tenha idade igual ou inferior a 18 (dezoito) anos aquele com perfil etário igual ou superior a 60 (sessenta anos), ou ainda, aquele com deficiência física e/ou especial, respectivamente, na forma estabelecida no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13/07/1990, Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º/10/2003 e na Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146, de 06/07/2015.	Café da Manhã R\$ 15,65 Almoço R\$ 22,68 Lanche da tarde R\$ 15,65 Jantar R\$ 22,58 Total: R\$ R\$ 76,44.

- CORAÇÃO E ANGIOTOMOGRAFIA (HONORÁRIOS MÉDICOS)**

INCLUSO: Taxa de sala, materiais e medicamentos			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR	
90.01.004-1	Coração – para avaliação do escore de cálcio coronariano.	R\$ 703,60	
90.01.004-2	Angiotomografia de aorta torácica, reconstrução tridimensional. Segmento: aorta torácica	R\$ 618,85	
90.01.004-3	Angiotomografia de aorta abdominal, reconstrução tridimensional. Segmento: aorta abdominal.	R\$ 627,53	
90.01.004-4	Angiotomografia, reconstrução tridimensional. Segmento: pulmão.	R\$ 671,07	
90.01.004-5	Angiotomografia, reconstrução tridimensional.. Segmento: carótidas e vértebras.	R\$ 671,07	
90.01.004-6	Angiotomografia, reconstrução tridimensional. Segmento: cerebral.	R\$ 671,07	
90.01.004-7	Angiotomografia, reconstrução, tridimensional. Segmento: membro inferior direito.	R\$ 671,07	
90.01.004-8	Angiotomografia, reconstrução tridimensional. Segmento: membro inferior esquerdo.	R\$ 671,07	

• **DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNOS MENTAIS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
90.01.001-9	a. Pacote de Segunda a Sexta – Hospital Dia Integral 08:30 às 17:30, incluindo:	R\$ 316,26
	01 Consulta Psiquiátrica;	
	01 Consulta Clínica;	
	01 Psicoterapia Individual;	
	05 Psicoterapia de Grupo;	
	01 Psicoterapia de Família;	
	01 Psicoterapia de Casal;	
	12 sessões de Terapia Ocupacional	
	05 sessões de Terapia Corporal;	
	02 sessões de Musicoterapia;	
	03 sessões de Arteterapia;	
	Serviço de Enfermagem; e	
	Almoço e lanche da tarde.	
90.01.002-7	b. Pacote de Segunda a Sexta - Hospital Dia Parcial – das 08:30 às 12:30 ou das 13:30 às 17:30, incluindo:	R\$ 192,21
	01 Consulta Psiquiátrica;	
	01 Consulta Clínica;	
	01 Psicoterapia Individual;	
	05 Psicoterapia de Grupo;	
	01 Psicoterapia de Família;	
	01 Psicoterapia de Casal;	
	06 Sessões de Terapia Ocupacional	
	05 Sessões de Terapia Corporal;	
	01 Sessões de Musicoterapia;	
	01 Sessões de Arteterapia;	
	Serviço de Enfermagem; e	
	Almoço ou Lanche da tarde	
90.01.003-5	c. Pacote Mensal - Internação Psiquiátrica 24 horas, incluindo:	R\$ 496,08
	04 Consulta Psiquiátrica;	
	04 Consulta Clínica;	
	04 Psicoterapia Individual;	
	16 Psicoterapia de Grupo;	
	02 Psicoterapia de Família;	
	02 Psicoterapia de Casal;	
	16 Sessões de Terapia Ocupacional	
	16 sessões Terapia Corporal;	
	08 sessões de Arteterapia;	
	Serviço de Enfermagem 24 horas;	

	Medicação: Revista Brasíndice	
	Materiais: Revista SIMPRO	
90.01.004-3	d) Pacote de Atendimento de Emergência	R\$ 356,56
	Psiquiátrica até 12 horas:	
	Honorários Médicos;	
	Honorários Psicológicos;	
	Sala de Observação;	
	Serviço de Enfermagem;	
	Medicação e Material Injetável.	
	Referencial Revista Brasíndice e SIMPRO	

- **OFTALMOLOGIA**

PACOTES OFTALMOLÓGICOS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
90.01.015-9	Delaminação Corneana com Fotoablação Estromal – Técnica Convencional Monocular LASIK	R\$ 1.542,76
90.01.017-5	Implante de Anel Intra-Estromal (Anel de Ferrara)	R\$ 4.277,58
90.05.011-8	Injeção Intra-vítrea com o uso de Lucentis por olho/aplicação	R\$ 5.574,81
90.06.004-3	Cirurgia PRK Personalizada Monocular	R\$ 1.461,51
90.01.175-9	Implante intravítreo de polímero farmacológico de liberação controlada (dexametasona 0,7 mg – OZURDEX)	R\$ 5.418,25
90.05.014-2	Tomografia de Coerência Óptica Monocular	R\$ 198,20
90.05.013-4	Tomografia de Coerência Óptica Binocular	R\$ 396,38

REGRAS IMPORTANTES:

1) Os pacotes oftalmológicos são compostos de honorários médicos, taxas, materiais e medicamentos.

Estão excluídos dos pacotes os honorários do anestesista.

2) Os procedimentos cirúrgicos não contemplados nos pacotes acima descritos deverão ser faturados em conta aberta.

3) Todos os pacotes oftalmológicos necessitam de autorização prévia do Conab para realização.

4) Nos procedimentos de facoemulsificação, a lente intraocular (LIO), referente à cirurgia de Facectomia (catarata), deverá ser paga, no pronto atendimento e/ou no ato cirúrgico pelo beneficiário ao prestador de serviços. Cabe ao beneficiário solicitar o reembolso na Conab, onde serão aplicadas as seguintes regras:

a. O reembolso está limitado a 1 (um) salário-mínimo por lente implantada, por ano, por beneficiário, não cumulativo, vigente à época da respectiva aquisição, deduzindo-se a coparticipação financeira do empregado, que lhe cabe no custo direto do benefício assistencial;

b. Para fazer jus ao reembolso o empregado deve apresentar o original e a cópia da Nota Fiscal devidamente quitada, acompanhada da solicitação/relatório médico, ambos os documentos datados do dia, mês e ano do exercício social a que se refere o benefício.

5) As cirurgias refrativas personalizadas podem ser feitas pela técnica LASIK ou PRK, sendo indicadas para pacientes que apresentem as condições abaixo:

1. cobertura obrigatória para pacientes com mais de 18 anos;

2. grau estável há pelo menos 1 ano, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

a. miopia moderada e grave, de graus entre - 5,0 a - 10,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até -4,0 DC com a refração medida através de cilindro negativo;

b. hipermetropia até grau 6,0 DE, com ou sem astigmatismo associado com grau até 4,0 DC, com a refração medida através de cilindro negativo.

- EXAMES LABORATORIAIS**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40.31.461-8	Teste Molecular para Detecção – Novo Coronavírus – Covid 19	R\$ 319,16
90.01.164-8	PCR - Pannel para Vírus SARS-Co2, Influenza A,B e Sincicial Respiratório	R\$ 314,97
41.01.120-0	Zica IGG	R\$ 275,63
41.01.121-1	Zica IGM	R\$ 275,63
41.01.122-1	Zica PCR	R\$ 436,67
41.01.158-9	Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IgG	R\$ 135,94
41.01.124-4	Antígeno NS1 do vírus dengue, pesquisa	R\$ 98,87
41.01.161-9	Dengue, anticorpos IgG, soro (teste rápido)	R\$ 98,87
41.01.162-7	Dengue, anticorpos IgM, soro (teste rápido)	R\$ 98,87
41.02.003-8	Procalcitonina	R\$ 261,13

- PACOTES DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

INCLUSO: honorários médicos, taxas, contrastes, materiais descartáveis, medicamentos e radiofármacos (quando for o caso)	
DESCRIÇÃO	VALOR
Código 90.04.002-1 AGULHAMENTO OU MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA GUIADA PELA ESTEREOTAXIA DIGITAL (POR CADA LESÃO MARCADA)	R\$ 229,62
Código 90.04.003-2 AGULHAMENTO OU MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA GUIADA PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (UMA LESÃO)	R\$ 268,66
AGULHAMENTO OU MARCAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA GUIADA PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA VALOR PARA CADA LESÃO ADICIONAL	R\$ 247,19
Código 90.04.004-3 CORE BIÓPSY - ESTEREOTAXIA DIGITAL (cada lesão)	R\$ 384,04
Código 90.04.013-3 MAMOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA OU ECOGRAFIA:	R\$ 545,60
Código 90.04.020-1 MAMOTOMIA GUIADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (UMA LESÃO)	R\$ 511,19
MAMOTOMIA GUIADA POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (POR CADA LESÃO ADICIONAL)	R\$ 519,92
Código 90.04.021-2 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MAMÁRIA BILATERAL	R\$ 856,94
CLIP MARCADOR PARA CADA LESÃO	R\$ 856,94

• **HOSPITAL DE TRANSIÇÃO E ESPECIALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS**

HOSPITAL DE TRANSIÇÃO E ESPECIALIZADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

SEM VENTILAÇÃO	TRANSIÇÃO 1	TRANSIÇÃO 2	TRANSIÇÃO 3	LONGA PERMANÊNCIA	FINITUDE
	ATÉ 45 DIAS	45 A 90 DIAS	90 A 135 DIAS	>135dd	
DESCRIÇÃO DO PACOTE	Pacote sem ventilação, cuidados breves até 45 dias de internação	Pacote sem ventilação, reabilitação por incapacidade temporária e internação de 45 a 90 dias	Pacote sem ventilação, reabilitação por incapacidade definitiva e internação de 90 a 135 dias	Pacote sem ventilação, internação de longa permanência	Pacote sem ventilação, finitude
VALOR DA DIÁRIA	R\$ 1.862,55	R\$ 2.085,37	R\$ 2.297,56	R\$ 2.331,47	R\$ 2.331,47

COM VENTILAÇÃO	TRANSIÇÃO 1	TRANSIÇÃO 2	TRANSIÇÃO 3	LONGA PERMANÊNCIA	FINITUDE
	ATÉ 45 DIAS	45 A 90 DIAS	90 A 135 DIAS	>135dd	
DESCRIÇÃO DO PACOTE	Pacote com ventilação, cuidados breves até 45 dias de internação	Pacote com ventilação, reabilitação por incapacidade temporária e internação de 45 a 90 dias	Pacote com ventilação, reabilitação por incapacidade definitiva e internação de 90 a 135 dias	Pacote com ventilação, internação de longa permanência	Pacote com ventilação, finitude
VALOR DA DIÁRIA	R\$ 2.145,95	R\$ 2.311,33	R\$ 2.497,69	R\$ 2.810,27	R\$ 2.810,27

COMPOSIÇÃO:

Itens INCLUSOS nas Diárias:

Aposentos com móveis padronizados (cama, mesa, cadeiras, etc.), permitindo a instalação de mobiliário p

Equipamentos para ventilação mecânica (bipap, base aquecida, no break, filtros, circuitos invasivos e não i

Roupa de cama e banho para o paciente conforme padrão estabelecido pela instituição;

Higienizações concorrentes e terminais, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção do ambiente;

Materiais inclusos: agulhas, seringas, cânulas metálicas, bomba de infusão, equipos de soro, extensores, material de inaloterapia, jelcos, luvas de procedimento e estéril, respiradores, micropore, gaze estéril, ma simples, sondas de aspiração.

Serviços / procedimentos de enfermagem: Estão inclusos preparo, administração e instalação de medicame via de acesso, assim como trocas de frascos para soroterapia ou para dietas tanto enterais como parent sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória, temperatura por qualquer via) de drenos, de diurese, antropométrico, de PVC; banho: no leito, de imersão ou de chuveiro; instalaç monitorização cardíaca, sondagens, aspirações, inalações, curativos e teste de glicemia; permeabilização e cateteres; curativos; mudança de decúbito e locomoção interna do paciente;

Paramentação (máscara, gorro, propé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidiscipli (isolamento 20%)

Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e p gaze não estéril, espátula, anti-séptico (álcool 70%), cotonetes para a higiene ocular, ouvido e nariz;

Avaliação nutricional e prescrição da alimentação ao paciente, pela nutricionista;

Avaliação global multidisciplinar.

RX, ECG

OBSERVAÇÕES - ITENS EXTRA PACOTES:

ACOMODAÇÃO E REFEIÇÕES PARA ACOMPANHANTE

Conforme estabelecido pela Conab

ITENS EXTRA PACOTES

Materiais descartáveis não inclusos na diária

Conforme estabelecido pela Conab

Exames SADT não Inclusos na diária

Conforme estabelecido pela Conab

Medicamentos, cobrar conforme regras determinadas pela Conab

Honorários médicos de especialistas que não constam na relação de itens inclusos no pacote, será cobrado conforme estabelecido pela Conab;

Curativos especiais; todos inclusos, exceto os de custo acima de R\$150,00 reais a unidade;

Dietas parenterais e enterais, cobrar conforme estabelecido pela Conab;

Quimioterápicos, drogas imuno-estimulantes, vacinas, drogas vasoativas de uso externo, hemoderivados, hemodiálise, câmara hiperbárica.

Exames de imagem – ressonância, Tomografia, ultrassom

Alimentação e refeições de acompanhantes. Quando houver necessidade, será pago a parte, mediante autorização prévia da Conab, dentro das condições previstas no Pacote de Alimentação,

Hemoterapia e Mat/Med correlacionados.

Remoções

Hemodiálises – Seguir as negociações conforme rede credenciada.

Curativos especiais para punções profundas escaras, queimaduras com prévia autorização.	Conforme estabelecido pela Conab
Hemoterapia	Conforme Rede Credenciada
Hemodiálise – A diálise terá acompanhamento Nefrológico e com disponibilidade para todos os dias da semana.	Conforme tabela de honorários médicos da Conab
Dieta Parenteral	Conforme estabelecido pela Conab
Dieta Enteral	Conforme estabelecido pela Conab
OPME	Conforme estabelecido pela Conab

REGRAS DA CONAB

1. MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO HOSPITALAR

- Via de regra, autoriza-se sempre o Medicamento Genérico, por força da Lei nº 9.787, de 10/02/1999, sendo admitido o seu intercâmbio, em último caso, pelo Medicamento de Referência ou de Marca, exclusivamente quando não houver o seu Genérico correspondente no mercado, de uso restrito a hospitais e clínicas, e será remunerado com base no Preço do Fabricante – PF, estabelecido no Referencial BRASINDICE, acrescidos tão somente do ICMS e da Taxa de Serviços de até 38,24%, (que será negociado entre as partes) pela seleção, programação armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição dos medicamentos, quando prestados, de acordo com a estrutura da **CONTRATADA**.

- Medicamentos de Uso Comum - Genéricos regidos pela Lei nº 9.787, de 10/02/1999, para Realização de Procedimentos Assistenciais serão remunerados com base no Preço do Fabricante – PF, estabelecido no Referencial BRASINDICE, acrescidos tão somente do ICMS e a possibilidade de aplicação de deflator a ser negociado entre as partes, sempre privilegiando o de menor custo oferecido pela indústria farmacêutica. Inexistindo o Medicamento Genérico correspondente, será admitido a sua substituição pelo Medicamento de Referência ou de Marca;
- Não serão admitidos, e bem assim remunerados, os medicamentos não previstos nos Referenciais BRASINDICE e/ ou SIMPRO Nacional, conforme o caso;
 - No caso de medicamentos que foram retirados da Revista BRASÍNDICE, utiliza-se como critério de pagamento o valor da última publicação em que o medicamento estava na revista, seguindo-se a regra aplicável para medicamento comum (BRASINDICE PF + ICMS). Na hipótese de o medicamento nunca haver constado da revista, o prestador não consegue enviá-lo para autorização, pois, não há parametrização no sistema para recepcionar codificação não existente na Simpro/Brasíndice;
 - Dieta Enteral: BRASINDICE PF
 - Dieta Parenteral: BRASINDICE PF + 38,24%

2. DESCARTÁVEIS E OPME:

- **Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME:** Mediante cotação de mercado de, no mínimo, 03 (três) empresas fornecedoras. Consoante Ofício Circular nº 001/ 2012/ PRESI/ ANS, de 29/ 03/ 2012, a real utilização de OPMEs deverá ser verificada pela atividade de auditoria técnica, mediante a conferência/ exigência dos lacres, embalagens, códigos de barra, notas fiscais, prontuários e/ ou outros comprovantes que identifiquem que os produtos foram efetivamente utilizados nos procedimentos médicos, cujo pagamento pela **CONTRATANTE** estará condicionado a tais certificações:
 - Revista SIMPRO Nacional, sempre privilegiando o de menor custo, e quando necessário, a **CONTRATADA** deverá realizar a cotação de preço para anuência da **CONTRATANTE**;
 - Será adotado o Preço de Fábrica – PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional, sem acréscimo de taxa de qualquer natureza, para remuneração dos materiais especiais com valor até R\$ 1.000,00 (mil reais);

- Materiais especiais com custo superior a R\$ 1.000,00 (mil reais) poderão ser adquiridos pelas operadoras, sendo remunerado ao **CONTRATADO** até 10% a título de taxa de operacionalização, aplicado sobre o Preço de Fábrica – PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional;
- Se o material especial com custo superior a R\$ 1.000,00 (mil reais) for adquirido pelo **CONTRATADO**, em face da total impossibilidade de aquisição por parte da **CONTRATANTE**, esta poderá cobrar o Preço de Fábrica - PF referenciado na Revista SIMPRO Nacional, acrescido de até 16%, a título de taxa de operacionalização, privilegiando sempre que possível, a regra estabelecida no *caput* deste inciso;
- Material especial não constante na Revista SIMPRO Nacional e adquirido pelo **CONTRATADO** será cobrado mediante nota fiscal, acrescido de até 16% de taxa de operacionalização, exceto para os materiais com valor acima de R\$ 1.000, 00, quando adquiridos pela **CONTRATANTE**, que repassará ao **CONTRATADO**, até 10% do valor da nota fiscal, a título de taxa de operacionalização;
 - Fica definido que a cobrança dos materiais descartáveis deverá obedecer o valor de Preço de Fábrica – PF disposto na codificação da Revista SIMPRO Nacional, sem acréscimo de taxa de qualquer natureza, visando a sua compatibilização com o produto a ser pago.
 - Para o caso de fornecedor exclusivo é imprescindível a apresentação de “**Carta de Exclusividade de Fornecimento**” emitida pelo fabricante do material requisitado.
 - Para os procedimentos eletivos será necessária a autorização prévia que será realizada em até 72 horas úteis antes da realização do procedimento.
 - Para os procedimentos de urgência, a solicitação será realizada em até 72 horas úteis após o procedimento;

JORGE LUIZ CEZAR DE ANDRADE
Gerência de Serviço de Assistência à Saúde - GESAS
Gerente

NILDA MARIA DOMINGOS MENDES
Superintendência de Desenvolvimento de Pessoas
Superintendente

LENILDO DIAS DE MORAIS
Diretoria de Gestão de Pessoas
Diretor
