



MINISTÉRIO DA DEFESA
SECRETARIA-GERAL
SECRETARIA DE PESSOAL, SAÚDE, DESPORTO E PROJETOS SOCIAIS
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS
SEÇÃO DE CREDENCIAMENTOS DO HFA

Aviso nº 8286476/MD

Brasília, na data de assinatura.

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 92/2024-HFA

Assunto: TABELA referencias de procedimento e VALORES do EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 92/2024 (atualização de preços)

O Hospital das Forças Armadas, tendo em vista o disposto no processo SEI 60550.003080/2024-36, torna pública a presente retificação do Edital de Credenciamento nº 92/2024, disponibilizado no dia 08 de novembro de 2024, cujo objeto é o credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS), Profissionais de Saúde Autônomos (PSA) e Associações/Cooperativas, com registro no Conselho de Classe do Distrito Federal, visando a prestação de SERVIÇOS DE SAÚDE em assistência médica, hospitalar, ambulatorial, laboratorial e citopatológico, farmacêutico, serviços de profissionais da área da saúde (nutrição, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), serviços de anesthesiologia, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e procedimentos e exames em geral e atendimento para pessoas com necessidades especiais (PNE), em caráter suplementar e complementar, aos servidores civis, ativos e inativos, pertencentes ao quadro de pessoal da Administração Central do Ministério da Defesa (ACMD), do Hospital das Forças Armadas (HFA) e da Escola Superior de Defesa (ESD), aos seus dependentes e pensionistas, bem como aos empregados públicos em exercício no HFA e seus dependentes.

8. PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1 Este Aviso tem por finalidade fazer a atualização das tabelas, dos índices, dos pacotes de procedimentos médicos e dos valores aplicáveis ao Edital de Credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS/PSA) nº 92/2024-HFA para a prestação de serviços de saúde, no qual está baseado em valores obtidos em pesquisa pública constante em mapa comparativo de preços, anexado ao processo do edital de credenciamento vigente deste nosocômio.

8.1.1 As consultas, procedimentos médicos, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), como exames laboratoriais de análises clínicas e de diagnóstico por imagem, não especificados em tabela própria deste Aviso, serão precificados de acordo com o **Comunicado Oficial CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) 2012**, onde aqueles que não forem constantes na CBHPM 2012, serão remunerados pela CBHPM subsequente, com porte previsto no Comunicado Oficial CBHPM 2012.

8.1.2 A qualquer momento, poderão ser estabelecidos novos pacotes de prestação de serviços, quantos forem necessários. Assim como, podem ser revistos os já estabelecidos, desde que seja demonstrada a sua incompatibilidade com as outras tabelas e valores de referência ou a sua inconveniência para o serviço.

8.1.3 Ficam estipulados, dentro de cada especialidade/área, os seguintes valores de remuneração:

HONORÁRIOS MÉDICOS (HM)

8.2 A precificação dos Honorários médicos será realizada de acordo com a CBHPM, com porte previsto no Comunicado Oficial CBHPM 2012:

| Porte | Valor | Porte | Valor | Porte | Valor |
|-------|-----------|-------|------------|-------|--------------|
| 1A | R\$ 12,86 | 5C | R\$ 291,64 | 10B | R\$ 966,50 |
| 1B | R\$ 25,72 | 6A | R\$ 317,65 | 10C | R\$ 1.072,75 |
| 1C | R\$ 38,58 | 6B | R\$ 349,30 | 11A | R\$ 1.134,93 |

| | | | | | |
|----|------------|-----|------------|-----|--------------|
| 2A | R\$ 51,45 | 6C | R\$ 382,08 | 11B | R\$ 1.244,58 |
| 2B | R\$ 67,82 | 7A | R\$ 412,60 | 11C | R\$ 1.365,54 |
| 2C | R\$ 80,26 | 7B | R\$ 456,68 | 12A | R\$ 1.415,27 |
| 3A | R\$ 109,67 | 7C | R\$ 540,33 | 12B | R\$ 1.521,53 |
| 3B | R\$ 140,14 | 8A | R\$ 583,29 | 12C | R\$ 1.864,04 |
| 3C | R\$ 160,52 | 8B | R\$ 611,55 | 13A | R\$ 2.051,69 |
| 4A | R\$ 191,04 | 8C | R\$ 648,85 | 13B | R\$ 2.250,64 |
| 4B | R\$ 209,13 | 9A | R\$ 689,55 | 13C | R\$ 2.489,16 |
| 4C | R\$ 236,26 | 9B | R\$ 753,99 | 14A | R\$ 2.774,02 |
| 5A | R\$ 254,34 | 9C | R\$ 830,84 | 14B | R\$ 3.018,19 |
| 5B | R\$ 274,69 | 10A | R\$ 891,89 | 14C | R\$ 3.329,05 |

8.2.1 Os procedimentos cirúrgicos serão remunerados pela CBHPM 2012, com valores dos portes referenciados no item 8.2.1 deste edital de credenciamento;

8.2.2 Honorários médicos não constantes na CBHPM 2012, serão remunerados pela CBHPM subsequente, com porte previsto no Comunicado Oficial CBHPM 2012.

HONORÁRIOS DOS ANESTESISTAS

8.3 Os honorários dos médicos anestesiológicos serão remunerados conforme Comunicado Oficial CBHPM 2015:

| PORTE ANESTÉSICO | VALOR |
|-------------------------|--------------|
| Porte 0 = 2B | R\$ 83,97 |
| Porte 1 = 3A | R\$ 135,78 |
| Porte 2 = 3C | R\$ 198,73 |
| Porte 3 = 4C | R\$ 292,50 |
| Porte 4 = 6B | R\$ 432,47 |
| Porte 5 = 7C | R\$ 668,97 |
| Porte 6 = 9B | R\$ 933,50 |
| Porte 7 = 10C | R\$ 1.328,15 |
| Porte 8 = 12A | R\$ 1.752,22 |

UNIDADE DE CUSTO OPERACIONAL (UCO)

8.4 A UCO terá valor de R\$ 14,33 (quatorze reais e trinta e três centavos) para hospitais e clínicas.

CONSULTA MÉDICA

8.5 A consulta médica eletiva ou em pronto-socorro será valorada em R\$ 100,00 (cem reais).

8.5.1 Nas especialidades de Arritmologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardiovascular, Endocrinologia, Genética Médica, Infectologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Oncologia, Oncologia Ortopédica, Reumatologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia cirúrgica e Pediatria (eletiva ou em Pronto Socorro): R\$ 140,00;

8.5.2 Subespecialidades pediátricas: R\$ 140,00;

8.5.3 No Domicílio: R\$ 140,00;

8.5.4 Nos Pareceres Especializados para pacientes internados: R\$ 140,00;

8.5.5 Não se aplica à consulta em pronto socorro o adicional estabelecido no item 2 das Instruções Gerais da CBHPM 2012;

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|---------------|---------------------|--------------|
|---------------|---------------------|--------------|

| | | |
|-----------|--|---|
| 10101012 | Consulta ambulatorial | R\$ 100,00 |
| 10101039 | Consulta em Pronto Socorro | R\$ 100,00 |
| 10100715 | Consulta ambulatorial de subespecialidades | R\$ 140,00 |
| 301020035 | Emissão de Parecer Médico | R\$ 140,00 |
| 90900010 | Exames Anatomopatológico | De acordo com a CBHPM 2012 ou subsequente |

8.6 Procedimentos Cirúrgicos:

8.6.1 Serão remunerados pelo CBHPM 2012 com valor dos portes referenciados no item 8.4 deste Aviso.

8.6.2 Honorários Médicos não constantes na CBHPM 2012, serão remunerados pela CBHPM subsequente com valor dos portes referenciados no item 8.4 deste Aviso.

HONORÁRIOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NÃO MÉDICOS

8.7 ATENDIMENTO COM PSICOPEDAGOGO

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|-------------|---|-----------|
| 50000210 | Consulta ou sessão ambulatorial de Psicopedagogia | R\$ 54,25 |

8.8 ATENDIMENTO COM PSICÓLOGO

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|-------------|---|------------|
| 50000462 | Consulta ou sessão em psicologia | R\$ 50,00 |
| 50000470 | Sessão de psicoterapia individual por psicólogo | R\$ 82,33 |
| 50000497 | Sessão psicoterapia em casal por psicólogo (uma guia por casal) | R\$ 79,30 |
| 50000489 | Sessão de psicoterapia em grupo por psicólogo (uma guia por paciente) | R\$ 55,45 |
| 50000500 | Sessão de psicoterapia familiar por psicólogo (uma guia por família) | R\$ 97,52 |
| 50000010 | Psicologia (Terapia Especial) | R\$ 100,00 |
| 50000012 | Sessão de psicomotricidade individual (Terapia Especial) | R\$ 120,00 |

8.9 ATENDIMENTO COM FISIOTERAPEUTA

8.9.1 A sessão de fisioterapia consiste em tratamento global do paciente e será remunerado apenas UM código por sessão, sendo devido tão somente aquele que mais intimamente se relacione com a patologia do paciente ou com a causa da internação.

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|-------------|---|-----------|
| 50000144 | Consulta ou sessão ambulatorial em fisioterapia | R\$ 50,00 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 50000349 | Consulta ou sessão hospitalar em fisioterapia | R\$ 50,00 |
| 31601014 | Sessão de Acupuntura | R\$ 46,74 |
| 50000713 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico | R\$ 45,08 |
| 50000160 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de alterações do sistema musculoesquelético | R\$ 42,29 |
| 50000730 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório | R\$ 42,29 |
| 50000756 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular | R\$ 42,29 |
| 50000195 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de queimaduras | R\$ 42,29 |
| 50000209 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico | R\$ 42,29 |
| 50000217 | Sessão de fisioterapia ambulatorial pré e pós cirúrgico e em recuperação de tecidos | R\$ 42,29 |
| 50000233 | Sessão de fisioterapia ambulatorial por alterações inflamatórias e/ou degenerativas do aparelho genito-urinário, reprodutor e/ou proctológico | R\$ 41,39 |

8.10 ATENDIMENTO COM FONOAUDIÓLOGO

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|--------------------|--|--------------|
| 50000586 | Consulta ambulatorial em fonoaudiologia | R\$ 50,00 |
| 50000616 | Sessão individual ambulatorial de fonoaudiologia | R\$ 63,36 |
| 50000608 | Consulta hospitalar em fonoaudiologia | R\$ 50,00 |
| 50000632 | Sessão individual hospitalar de fonoaudiologia | R\$ 60,03 |

8.11 ATENDIMENTO COM TERAPEUTA OCUPACIONAL

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|--------------------|---|--------------|
| 50000055 | Consulta individual ambulatorial em terapia ocupacional | R\$ 50,00 |
| 50000071 | Consulta individual hospitalar em terapia ocupacional | R\$ 50,00 |
| 50000080 | Sessão individual ambulatorial em terapia ocupacional | R\$ 62,11 |
| 50000101 | Sessão individual hospitalar em terapia ocupacional | R\$ 50,00 |

8.12 ATENDIMENTO COM NUTRICIONISTA

8.12.1 O Serviço de Nutrologia e Nutrição em ambiente hospitalar, conforme previsto na Portaria MS/SNVS nº 272, de 8 de abril de 1998, seguirá as seguintes condições:

8.12.2 A avaliação clínica diária de paciente internado em uso de dieta enteral e/ou parenteral já engloba a consulta hospitalar com nutricionista;

8.12.3 Para fins de remuneração da especialidade de Nutrologia, o Credenciante reconhece que nos casos da indicação de nutrição parenteral será devido o pagamento das visitas diárias do respectivo médico, sendo necessária para tanto a prescrição e evolução diária do respectivo especialista.

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|--------------------|---|--------------|
| 50000560 | Consulta ambulatorial por nutricionista | R\$ 50,00 |
| 50000691 | Consulta hospitalar por nutricionista | R\$ 50,00 |

8.13 ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

8.13.1 A execução e controle dos serviços contratados serão avaliados pela CREDENCIANTE, mediante supervisão direta ou indireta dos procedimentos realizados, nas seguintes condições:

8.13.1.1 Para terapias especiais, o encaminhamento médico e o número de sessões serão determinadas de acordo com a solicitação e laudo do médico especialista, devendo tal solicitação estar autorizada pelo HFA.

8.13.1.2 As terapias complementares contemplam o atendimento nas áreas de psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, psicopedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia e terapias especiais (métodos ABA, Bobath, PROMPT, PECS, Kuevas Medek Exercises, TEACCH, PECS, SCERTS Model, Terapia de Integração Sensorial e TheraSuit).

8.13.1.3 Os métodos de terapias especiais serão considerados inclusos em uma ou mais das áreas de terapias complementares.

8.13.1.4 O valor das sessões de terapia (fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia, psicomotricidade) contempla a supervisão ABA quando se fizer necessária.

8.13.1.5 Cada sessão deverá ter a duração mínima de 40 (quarenta) minutos.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR POR SESSÃO |
|---------------|--|-------------------------|
| 50005103 | Método ABA (Análise de Comportamento Aplicada) | R\$ 120,00 |
| 50005111 | Método BOBATH | R\$ 130,00 |
| 50005120 | Método CUEVAS MEDEK EXERCISES (CME) | R\$ 100,00 |
| 50005138 | Método TEACCH/DENVER (Tratamento e educação para autistas e crianças com limitações) | R\$ 120,00 |
| 50005146 | Método PECS (Sistema de comunicação por troca de figuras) | R\$ 120,00 |
| 50005170 | Terapia ABA (Terapia ocupacional pediátricas especiais) | R\$ 120,00 |
| 50005189 | Terapia ABA – FONOAUDIOLOGIA | R\$ 120,00 |
| 50005197 | Método BOBATH – Terapia ocupacional neurológica especial | R\$ 130,00 |
| 50005200 | Método TEACCH | R\$ 120,00 |
| 50005219 | Método TEACCH – FONOAUDIOLOGIA | R\$ 130,00 |
| 50005227 | Método DENVER – PSICOLOGIA | R\$ 130,00 |
| 50005235 | Método DENVER – TERAPIAS OCUPACIONAIS | R\$ 100,00 |
| 50005239 | Psicopedagogia para pessoas com necessidades especiais | R\$ 110,00 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 50000211 | Fisioterapia para pessoas com necessidades especiais | R\$ 90,97 |
|----------|--|-----------|

8.14 PACOTES POR ESPECIALIDADES

8.14.1 PACOTES DE PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS - GASTROLOGIA

8.14.1.1 Incluídos todos os custos com honorários médicos, medicamentos, materiais, OPME, gases e taxas, e também nas seguintes condições:

8.14.1.2 A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e consequentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos respectivos procedimentos;

8.14.1.3 Nos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos;

8.14.1.4 Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos;

8.14.1.5 Excluídos honorários do anestesista.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|--|--------------|
| 24080021 | PH-metria esofágica 24h | R\$ 600,50 |
| 24080022 | Manometria Esofágica | R\$ 521,33 |
| 24080023 | Endoscopia digestiva alta | R\$ 428,75 |
| 24080024 | Endoscopia digestiva alta com biópsia e/ou citologia | R\$ 539,53 |
| 24080025 | EAD + Polipectomia | R\$ 945,00 |
| 24080027 | Colonoscopia (inclui retossigmoidoscopia) | R\$ 594,82 |
| 24080028 | Colonoscopia com biópsia e/ou citologia | R\$ 701,12 |
| 24080029 | Colonoscopia + Polipectomia | R\$ 1.167,11 |
| 24080030 | Endoscopia Ecoendoscopia alta | R\$ 3.200,00 |
| 24080026 | Ecoendoscopia baixa | R\$ 3.200,00 |
| 24080034 | Ecoendoscopia com punção por agulha | R\$ 4.700,00 |
| 24080031 | Vídeo-Endoscopia Naso-Sinusal | R\$ 294,92 |
| 24080032 | Vídeo-Laringoscopia | R\$ 270,00 |
| 24080033 | Anuscopia | R\$ 130,00 |

8.14.2 PROCEDIMENTOS DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8.14.2.1 Todos os custos decorrentes da transfusão referentes ao processamento e procedimento foram contemplados, não podendo haver cobrança complementar.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|------------------------------------|------------|
| 24080035 | Unidade de Concentrado de Hemácias | R\$ 997,50 |

| | | |
|----------|---|--------------|
| | <p>40402045 Concentrado de Hemácias 40402045 Unidade de concentrado de hemácias 40401014 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar) 40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste 40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste 40403386 Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterápico - gel teste 40403416 Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste 40403424 S. Antic HTLV-I + HTLV-II (determinação conjunta) por componente hemoterápico 40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico 40403467 S. Hepatite B anti-HBCC por componente hemoterápico 40403483 S. Hepatite C anti-ciCV por componente hemoterápico 40403505 HIV EIE por componente hemoterápico 40403602 Sífilis VDORL por componente hemoterápico 40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico 40403106 Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico 40403262 NAT/HCV por componente hemeoterápico 40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico 40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico 40307166 HIV - antígeno P24, dosagem</p> | |
| 24080036 | <p>Unidade concentrado de Hemácia Lavada</p> <p>40402053 Unidade de concentrado de hemácias lavadas 40401014 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar) 40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste 40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste 40403386 Pesquisa de hemoglobina S por componente hemoterápico - gel teste 40403416 Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste 40403424 S. Anti-HTLV-I + HTLV-II (determinação conjunta) por componente hemoterápico 40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico 40403467 S, Hepatite B anti-HBC por componente hemoterápico 40403483 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico 40403505 S. HIV EIE por componente hemoterápico 40403602 S. Sífilis VORL por componente hemoterápico 40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico 40403106 Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico 40403262 NAT/HCV por componente hemoterápico 40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico 40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico 40307166 HIV - antígeno P24, dosagem 40308286 Sífilis anticorpo total, dosagem.</p> | R\$ 1.005,50 |
| 24080037 | <p>Concentrado de Plaquetas</p> <p>40402070 Unidade de concentrado de plaquetas randômicas</p> | R\$ 856,71 |

| | | |
|----------|--|------------|
| | <p>40401014 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar)</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste</p> <p>40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste</p> <p>40403424 S. Anti-HTLV-I + HTLV-II (determinação conjunta) por componente hemoterápico</p> <p>40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403467 S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterápico</p> <p>40403483 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403505 S. HIV EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403602 S. Sífilis VORL por componente hemoterápico</p> <p>40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403262 NAT/HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico</p> <p>40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico</p> <p>40307166 HIV - antígeno P24, dosagem</p> <p>40308286 Sífilis anticorpo total, dosagem.</p> | |
| 24080038 | <p>Unidade de plasma</p> <p>40402096 Unidade de plasma</p> <p>40401014 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar)</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste</p> <p>40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste</p> <p>40403424 S. AntiHTLV- + HTLVHI (determinação conjunta) por componente hemoterápico</p> <p>40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403467 S. Hepatite B anti-HIBC por componente hemoterápico</p> <p>40403483 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403505 S. HIV EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403602 S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico</p> <p>40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403262 NAT/HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico</p> <p>40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico</p> <p>40307166 HIV - antígeno P24, dosagem</p> <p>40308286 Sífilis anticorpo total, dosagem</p> | R\$ 853,99 |
| 24080039 | <p>Unidade de Crioprecipitado</p> <p>40402088 Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico</p> <p>40401014 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar)</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste</p> <p>40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste</p> <p>40403424 S. AntiHTLV- + HTLVHI (determinação conjunta) por componente hemoterápico</p> <p>40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403467 S. Hepatite B anti-HIBC por componente hemoterápico</p> | R\$ 856,25 |

| | | |
|----------|---|--------------|
| | <p>40403483 S. Hepatite C anti-HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403505 S. HIV EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403602 S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico</p> <p>40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403262 NAT/HCV por componente hemoterápico</p> <p>40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico</p> <p>40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico</p> <p>40307166 HIV - antígeno P24, dosagem</p> <p>40308286 Sífilis anticorpo total, dosagem</p> | |
| 24080040 | <p>Sangria terapêutica</p> <p>40402037 Sangria terapêutica</p> <p>40401022 Transfusão (ato médico de acompanhamento)</p> <p>Cloreto de Sódio 0,9% Sol Inj - Sistema Fechado - 500ml</p> | R\$ 217,15 |
| 24080041 | <p>Reserva de sangue</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste</p> <p>40403351 Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários - gel teste</p> <p>40403416 Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste</p> | R\$ 51,76 |
| 24080042 | <p>Transfusão</p> <p>40402118 Deleucotização por bolsa</p> | R\$ 64,16 |
| 24080043 | <p>Transfusão</p> <p>40402134 Irradiação por bolsa</p> | R\$ 39,89 |
| 24080044 | <p>Fenotipagem do Sistema</p> <p>40403688 Teste de Coombs direto</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo PO e RH - gel teste</p> | R\$ 33,02 |
| 24080045 | <p>Concentrado de Plaquetas por Aférese (Plaquetaférese)</p> <p>40402061 Unidade de concentrado de plaquetas por aférese</p> <p>40401022 Transfusão (ato médico de acompanhamento)</p> <p>40403300 Operação de processadora automática de sangue em aférese</p> <p>40402029 Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese</p> <p>40403181 Grupo sanguíneo ABO e RH - gel teste</p> <p>40403351 Pesquisa de anticorpos séricos Irregulares antieritrocitários - gel teste</p> <p>40403424 S, AnticHTLV- + HTLV-I (determinação conjunta) por componente hemoterápico</p> <p>40403440 S. Chagas EIE por componente hemoterápico</p> <p>40403467 S. Hepatite B anti-HBC por componente hemoterápico</p> <p>40403483 S. Hepatite C ant-HCV por componente hemoterápico</p> | R\$ 3.955,58 |

| | | |
|----------|---|--------------|
| | 40403505 S. HIV EIE por componente hemoterápico 40403602 S. Sífilis VORL por componente hemoterápico 40403661 S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico 40403262 NAT/HCV por componente hemoterápico 40403289 NAT/HIV por componente hemoterápico 40403890 NAT/HBV - por componente hemoterápico 40307166 HIV - antígeno P24, dosagem 40308286 Sífilis anticorpo total, dosagem | |
| 24080046 | Operação de processadora automática de sangue em autotransusão intra-operatória 40403319 Operação de processadora automática de sangue em transfusão intraoperatória 40402010 Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue / auto transfusão intra-operatória. 40401022 Transfusão (ato médico de acompanhamento) | R\$ 2.952,40 |
| 24080047 | Plasmaférese 30909090 - Plasmaférese (por sessão) 40401022 - Tranfusão (alto médico de acompanhamento) 40403300 - Operação de processadora automática de sangue em aférese 40402029 - Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese. | R\$ 3.242,59 |

8.14.3 PROCEDIMENTOS DE NEFROLOGIA

8.14.3.1 A diálise crônica e aguda deverá utilizar somente dialisador de alto fluxo e alta performance, bem como nas seguintes condições:

8.14.3.2 Inclusos: Serviços Médicos e de Enfermagem;

8.14.3.3 Exclusos: Acesso Vascular (Fístula e/ou Cateter);

8.14.3.4 Apoio Terapêutico (Pacote).

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|---|--------------|
| 24080001 | Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 4 horas ou fração) <u>Inclui:</u> Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe, medicamentos, materiais, procedimentos, e todos os demais itens necessários para realização do procedimento, com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise. | R\$ 1.200,82 |
| 24080002 | Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaferese ou hemoperfusão) - até 24 horas com Kit Prisma) | R\$ 4.000,00 |

| | | |
|----------|---|--------------|
| | <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe. Medicamentos, materiais, procedimentos e todos os demais itens necessários para realização do procedimento, com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise.</p> | |
| 24080003 | <p>Hemodiálise contínua - kit prisma - 12 h subsequentes</p> <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe, medicamentos, materiais, procedimentos e todos os demais itens necessários para realização do procedimento, com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise.</p> | R\$ 1.503,94 |
| 24080004 | <p>Hemodiálise ambulatorial - Paciente Crônico - até 3 vezes por semana (inclusive)</p> <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe, medicamentos, materiais, procedimentos específicos procedimentos e todos os demais itens necessários para realização do procedimento, com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise.</p> | R\$ 850,00 |
| 24080005 | <p>Hemodiálise ambulatorial - Paciente Crônico - acima de 3 vezes por semana</p> <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe, medicamentos, materiais, procedimentos específicos procedimentos e todos os demais itens necessários para realização do procedimento, com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise.</p> | R\$ 650,00 |
| 31008011 | <p>Diálise peritoneal hospitalar</p> <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção, esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina cicladora), locomoção do material e equipe. Materiais e equipamentos específicos do procedimento.</p> <p>O cateter de Tenckhoff, instalação e retirada, assim como a confecção não estão inclusas.</p> | R\$ 1.030,84 |
| 30909139 | <p>Sessão hemodiálise prolongada/SLED - HDP</p> <p><u>Inclui</u>: Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, equipamentos (taxa de utilização, manutenção,</p> | R\$ 1.300,00 |

| | | |
|----------|---|--------------|
| | esterilização, montagem no local do procedimento e calibragem, inclui máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção do material e equipe. Medicamentos, materiais e procedimentos específicos do procedimento com exceção do cateter ou acesso vascular para hemodiálise). | |
| 30909155 | <p>Hemodialfiltração Online (HDF)</p> <p><u>Inclui:</u> Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Material utilizado na sessão, taxa de equipamentos e sala, medicamentos e soluções inerentes à sessão (soro fisiológico e soluções), bem como todos os demais itens necessários para realização do procedimento.</p> | R\$ 908,06 |
| 24080060 | <p>Hemodiálise domiciliar (Somente com autorização da Seção de Auditoria Médica do HFA)</p> <p><u>Inclui:</u> Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Kit para realização da terapia. Material utilizado na sessão, taxa de equipamentos e sala, medicamentos e soluções inerentes à sessão (soro fisiológico e soluções), bem como todos os demais itens necessários para realização do procedimento, conforme legislação sanitária</p> | R\$ 1.435,00 |
| 31008038 | <p>Diálise peritoneal ambulatorial contínua mensal (CAPD)</p> <p><u>Inclui:</u> Treinamento e manutenção, honorários médicos, materiais, taxa de sala, taxa de uso de equipamentos, conjuntos de troca composto por bolsa com equipo, bolsa de drenagem, pinça Andy, Frekaderm e dispositivos de troca, máquina cicladora para diálise peritoneal automatizada e exames conforme portaria, bem como todos os demais itens necessários para realização do procedimento. O cateter de Tenckhoff, instalação e retirada, assim como a confecção não estão inclusas.</p> | R\$ 4.200,00 |
| 31008119 | <p>Diálise peritoneal automática por mês (DPA) - Agudo ou crônico</p> <p><u>Inclui:</u> Treinamento e manutenção, honorários médicos, materiais, taxa de sala, taxa de uso de equipamentos, conjuntos de troca composto por bolsa com equipo, bolsa de drenagem, pinça Andy, Frekaderm e dispositivos de troca, bem como todos os demais itens necessários para realização do procedimento.</p> | R\$ 4.500,00 |
| 31008020 | <p>Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) 9 dias - treinamento</p> <p><u>Inclui:</u> Serviços Médicos (honorários médicos), serviços de enfermagem, acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social. Material utilizado na sessão, taxa de equipamentos e sala, medicamentos e soluções inerentes à sessão (soro fisiológico e soluções), bem como todos os demais itens necessários para realização do procedimento.</p> | R\$ 1.500,00 |

8.14.4 PROCEDIMENTOS OFTALMOLÓGICOS

8.14.4.1 Incluso nos pacotes: honorários dos profissionais (cirurgião, 1º auxiliar médico e instrumentador), taxas hospitalares, gases medicinais, materiais e medicamentos.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|---------------|---|--------------|
| 24080013 | Cross Link | R\$ 3.100,00 |
| 24080014 | Facetomia com implante de lente intraocular (Facoemulsificação) - monocular. <u>Inclui:</u> honorários dos profissionais (Cirurgião - 1º auxiliar médico e instrumentador), taxas hospitalares, gases medicinais, materiais e medicamentos e 1 lente intraocular por olho. | R\$ 2.453,17 |
| 24080015 | Cirurgia refrativa de miopia e astigmatismo (LASIK) - monocular | R\$ 1.479,67 |
| 24080016 | Cirurgia refrativa de miopia e astigmatismo (PRK) - monocular | R\$ 1.518,00 |
| 24080017 | Cirurgia de anel corneano (Corneal Ring, anel de ferrara, anel intra-estromal) - monocular | R\$ 3.595,08 |
| 24080018 | Tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico - monocular | R\$ 4.200,00 |
| 24080019 | Facetomia sem implante de lente intraocular - monocular | R\$ 1.968,33 |
| 24080020 | Implante intravítreo de polímero farmacológico (Ozurdex) <u>Inclui:</u> honorários médicos, taxas hospitalares, materiais e medicamentos e 1 lente intraocular por olho. | R\$ 4.400,00 |

8.14.5 PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICOS

8.14.5.1 Itens inclusos: diária de apartamento, diária de alojamento conjunto ou berçário, sala de parto, pós-anestésica, recuperação neonatologista, enfermagem, fototerapia, medicamentos de uso comum e materiais descartáveis pertinentes ao procedimento, exames obrigatórios do neonato antes da alta hospitalar (ex: teste da linguinha, orelhinha, etc).

8.14.5.2 Exclusos: Honorários Médicos.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|---------------|---------------------|--------------|
| 24080009 | Parto Normal | R\$ 7.500,00 |
| 24080010 | Parto Cesáreo | R\$ 7.500,00 |

8.14.6 PROCEDIMENTOS DO SISTEMA DIGESTIVO

8.14.6.1 Itens Inclusos: 03 (três) diárias (apartamento ou enfermaria), podendo ser 1 (uma) de UTI. OPMEs inerentes ao procedimento: endogrampeadores, 1 (uma) pinça/tesoura coaguladora, 7 (sete) cargas (independente da cor e do tamanho do grampo), kit trocater, 1 (uma) agulha de *Veress*. Todos os honorários médicos durante o período de internação (cirurgiões, instrumentadores, intensivistas, visita médica hospitalar, auxiliares e honorários médicos de qualquer outra natureza e/ou especialidades requeridos durante a internação. Todos os materiais e medicamentos necessários durante o procedimento de internação (inclusive, mas não limitado a sondas, *Dermabond*, fios cirúrgicos, drenos e reservatórios). Taxas de salas (cirúrgica, recuperação, repouso), de utilização de equipamentos e aparelhos pertinentes ao procedimento; serviços de enfermagem, de comercialização de OPMEs, administrativas, quaisquer outras

taxas referentes ao período de internação; SADTs (análises clínicas: gasometria; radiológicos; ultrassonografia; ECG, Anatomo-Patológico, e quaisquer outros SADTs necessários durante a internação). Todos os custos referentes a fisioterapia/fisioterapia (independente da quantidade ou do tipo), todos os serviços de enfermagem durante o período de internação, dieta de acordo com a prescrição médica, incluindo dietas: enteral, parenteral e especial. Intercorrências pequenas, que não ocasionam o aumento do tempo de permanência, estão inclusas no pacote.

8.14.6.2 Itens excluídos: honorários médicos dos anestesistas, banco de sangue e hemoderivados, quimioterapia, radioterapia e remoções.

8.14.6.3 Intercorrências: será considerada intercorrência a necessidade de realizar algum procedimento que não faça parte do procedimento.

8.14.6.4 A permanência do paciente por período maior que o descrito poderá ser considerada intercorrência.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|---|---------------|
| 24080011 | Atendimento de Urgência/Pronto Socorro | R\$ 86,99 |
| 24080012 | Gastroplastia para obesidade mórbida - qualquer técnica | R\$ 18.066,67 |

8.14.7 PROCEDIMENTOS CARDIOLÓGICOS

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|---|---------------|
| 24080048 | <p>Cateterismo cardíaco</p> <p><u>Incluso:</u> 1 (uma) diária de Day Clinic, materiais, materiais especiais, medicamentos e taxas utilizados e inerentes ao procedimento.</p> <p><u>Excluído:</u> honorários médicos e do anestesista.</p> | R\$ 2.803,39 |
| 24080049 | <p>Angioplastia coronária com 1 stent convencional</p> <p><u>Incluso:</u> 1 (uma) diária de apartamento e 1 diária de UTI, materiais, materiais especiais, medicamentos e taxas utilizados e inerentes ao procedimento.</p> <p><u>Excluído:</u> honorários médicos e do anestesista,</p> | R\$ 14.336,67 |
| 24080050 | <p>Angioplastia coronária com 1 stent farmacológico</p> <p><u>Inclui:</u> 1 (uma) diária de apartamento e 1 diária de UTI, materiais, materiais especiais, medicamentos e taxas utilizados e inerentes ao procedimento.</p> <p><u>Excluído:</u> honorários médicos e do anestesista.</p> | R\$ 22.911,17 |
| 24080051 | Stent convencional adicional | R\$ 3.250,00 |
| 24080052 | Stent farmacológico adicional | R\$ 10.600,00 |

8.14.8 DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

8.14.8.1 Inclusos: todos os custos com os honorários médicos, medicamentos, materiais, gases e taxas.

| CÓDIGO | ESPECIALIDADE | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|---------------|------------------------|--------------|
| 24080053 | Mastologia | Mamotomia com marcação | R\$ 2.039,33 |
| 24080054 | Mastologia | Marcação pré-cirúrgica | R\$ 533,63 |

TELERRADIOLOGIA

8.14.8.2 Serviço de telerradiologia com o propósito de emissão de laudos médicos dos exames e todas as funcionalidades e suportes relacionados a transmissão de dados e imagens radiológicas em formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine), incluindo instalação e cessão de licenças de softwares, implantação, inserção do laudo médico nos sistemas de software da CREDENCIANTE, configuração e garantias, com a infraestrutura tecnológica apropriada às normas técnicas e éticas do Conselho Federal de Medicina, conforme Resolução CFM nº 2.107/2014.

| LAUDO MÉDICO PARA EXAME DE: | VALOR |
|-----------------------------|-----------|
| Raio X Eletivo | R\$ 18,50 |
| Raio X Urgência | R\$ 18,50 |
| Mamografia Eletiva | R\$ 30,00 |
| Mamografia Urgência | R\$ 37,32 |
| Mamografia Tomossíntese | R\$ 52,50 |
| Ressonância Eletiva | R\$ 68,22 |
| Ressonância Urgência | R\$ 89,51 |
| Tomografia Eletiva | R\$ 42,85 |
| Tomografia Urgência | R\$ 61,67 |
| Eletrocardiograma | R\$ 28,00 |

8.14.9 CLÍNICAS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

8.14.9.1 Na diária de internação em apartamento individual estão inclusos: consulta médica, psiquiátrica, psicoterapia (individual, grupal ou familiar), atividade física com acompanhamento especializado, cuidados de enfermagem especializada 24 horas por dia, serviço de hospedagem e alimentação (café da manhã, almoço, merenda, jantar e ceia);

8.14.9.2 Na diária de internação em apartamento duplo, triplo ou em enfermaria de até três leitos estão inclusos: consulta médica, psiquiátrica, psicoterapia (individual, grupal ou familiar), atividade física com acompanhamento especializado, cuidados de enfermagem especializada 24 horas por dia, serviço de hospedagem e alimentação (café da manhã, almoço, merenda, jantar e ceia);

8.14.9.3 Na diária de hospital dia (das 7 às 17 horas) estão inclusos: consulta médica psiquiátrica, psicoterapia (individual, grupal ou familiar), atividade física com acompanhamento especializado, cuidados de enfermagem especializada 8 horas por dia, serviço de hospedagem e alimentação (café da manhã, almoço e lanche da tarde);

8.14.9.4 Na diária de hospital dia (das 7 às 11 horas ou das 13 às 17 horas) estão inclusos: consulta médica psiquiátrica, psicoterapia (individual, grupal ou familiar, atividade física com acompanhamento especializado, cuidados de enfermagem especializada 4 horas por dia, serviço de hospedagem.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------|--|------------|
| 24080006 | Hospital dia psiquiátrico - horário parcial | R\$ 178,75 |
| 24080007 | Hospital dia psiquiátrico - horário integral | R\$ 236,67 |
| 24080008 | Diária de Internação Psiquiátrica | R\$ 400,00 |

8.15 ATENDIMENTO DOMICILIAR

8.15.1 Assistência domiciliar é uma atenção continuada, direcionada a indivíduos restritos ao leito ou ao lar, portadores de patologias crônicas mas clinicamente estáveis, que não necessitem de internação hospitalar, mas que demandem a assistência a atendimentos pontuais, desde que não exclusivos.

8.15.2 Na prestação dos serviços de internação/atendimento domiciliar, a CREDENCIADA deverá observar as disposições constantes da Resolução RDC nº 11, de 26/01/2006 da ANVISA e da Resolução nº 1.668, de 07/05/2003 do Conselho Federal de Medicina no que couber, bem como às normas legais e regulamentares dos Conselhos de Classe dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços, bem como os mesmos deverão ser previamente autorizados pela Subdivisão de Saúde Suplementar deste nosocômio.

| CÓDIGO TUSS | PROCEDIMENTO | VALOR |
|--------------------|--|--------------|
| 50000241 | Consulta ou sessão individual em fisioterapia domiciliar | R\$ 63,52 |
| 50000462 | Consulta ou sessão individual em psicologia domiciliar ou ambulatorial | R\$ 84,22 |
| 50000594 | Consulta ou sessão individual domiciliar de fonoaudiologia | R\$ 78,22 |
| 50000098 | Consulta ou sessão individual domiciliar em terapia ocupacional | R\$ 74,04 |
| 50000578 | Consulta ou sessão individual domiciliar por nutricionista | R\$ 71,32 |

ATENDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - HOME CARE

| PACIENTE TIPO A – PACIENTE ELEGÍVEL PARA SUPORTE TERAPÊUTICO DOMICILIAR | | | |
|--|---|----------------------------|----------------------|
| RECURSOS INCLUÍDOS | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE DE HORAS | PERIODICIDADE |
| Profissional | Técnico de Enfermagem | 6 Horas | Diária |
| Equipamentos | Suporte de soro | | |
| Procedimentos | Curativos | | Diária |
| | Administração de medicamento por via parenteral | | Diária |
| | Coleta de lixo hospitalar | | Diária |
| TOTAL DA DIÁRIA | | | R\$ 305,44 |

| PACIENTE TIPO B - BAIXA COMPLEXIDADE (em internação domiciliar) | | | |
|--|------------------|---|----------------------|
| RECURSOS INCLUÍDOS | DESCRIÇÃO | VOLUME DE VISITAS OU QUANTIDADE DE HORAS | PERIODICIDADE |
| Equipe de Profissionais | Médico | 1 visita | Semanal |

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|----------|-------------------|
| | Supervisão de Enfermagem | 1 visita | Semanal |
| | Técnico de Enfermagem | 6 horas | Diária |
| Equipamentos | Suporte de soro | | |
| | Estetoscópio | | |
| | Esfigmomamômetro | | |
| | Ambu com máscara | | |
| | Laringoscópio | | |
| | Aspirador | | |
| | Nebulizador | | |
| | Cama Hospitalar manual com colchão | | |
| | Escada | | |
| Procedimentos | Banho no leito | | Diária |
| | Curativos | | Diária |
| | Aspiração | | Diária |
| | Administração de medicação | | Diária |
| | Parenteral | | |
| | Instalação de soro | | Diária |
| | Coleta de lixo hospitalar | | Diária |
| TOTAL DA DIÁRIA | | | R\$ 492,58 |

| PACIENTE TIPO C - MÉDIA COMPLEXIDADE (em internação domiciliar) | | | |
|--|--------------------------|---|----------------------|
| RECURSOS INCLUÍDOS | DESCRIÇÃO | VOLUME DE VISITAS OU QUANTIDADE DE HORAS | PERIODICIDADE |
| Equipe de Profissionais | Médico | 1 visita | Semanal |
| | Supervisão de Enfermagem | 1 visita | Semanal |
| | Técnico de Enfermagem | 12 horas | Diária |
| Equipamentos | Suporte de soro | | |

| | | | |
|------------------------|--|--|-------------------|
| | Estetoscópio | | |
| | Esfignomamômetro | | |
| | Ambu com máscara | | |
| | Laringoscópio | | |
| | Aspirador | | |
| | Nebulizador | | |
| | Cama Hospitalar manual ou elétrica com colchão | | |
| | Escada | | |
| | Cadeira higiênica | | |
| | Cadeira de rodas | | |
| Procedimentos | Banho no leito | | Diária |
| | Curativos | | Diária |
| | Aspiração | | Diária |
| | Administração de medicação parenteral | | Diária |
| | Alimentação enteral | | Diária |
| | Sondagem nasogástrica / vesical | | Diária |
| | Instalação do soro | | Diária |
| | Coleta de lixo hospitalar | | Diária |
| TOTAL DA DIÁRIA | | | R\$ 730,00 |

| PACIENTE TIPO D - ALTA COMPLEXIDADE, TIPO 1 (em internação domiciliar) | | | |
|---|--------------------------|---|----------------------|
| RECURSOS INCLUÍDOS | DESCRIÇÃO | VOLUME DE VISITAS OU QUANTIDADE DE HORAS | PERIODICIDADE |
| Equipe de Profissionais | Médico | 1 visita | Semanal |
| | Supervisão de Enfermagem | 1 visita | Semanal |
| | Técnico de Enfermagem | 24 horas | Diária |

| | | | |
|------------------------|--|--|---------------------|
| Equipamentos | Suporte de soro | | |
| | Estetoscópio | | |
| | Esfignomamômetro | | |
| | Ambu com máscara | | |
| | Laringoscópio | | |
| | Aspirador | | |
| | Nebulizador | | |
| | Cama Hospitalar manual ou elétrica com colchão | | |
| | Escada | | |
| | Cadeira higiênica | | |
| | Cadeira de rodas | | |
| Procedimentos | Banho no leito | | Diária |
| | Curativos | | Diária |
| | Aspiração | | Diária |
| | Administração de medicação parenteral | | Diária |
| | Cuidado com estomias | | Diária |
| | Alimentação enteral e parenteral | | Diária |
| | Sondagem nasogástrica/vesical | | Diária |
| | Instalação de soro | | |
| | Coleta de lixo hospitalar | | Diária |
| TOTAL DA DIÁRIA | | | R\$ 1.218,84 |

| PACIENTE TIPO E - ALTA COMPLEXIDADE , TIPO 2 (em internação domiciliar) | | | |
|--|------------------|---|----------------------|
| RECURSOS INCLUÍDOS | DESCRIÇÃO | VOLUME DE VISITAS OU QUANTIDADE DE HORAS | PERIODICIDADE |
| | | | |

| | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|----------|---------|
| Equipe de Profissionais | Médico | 1 visita | Semanal |
| | Supervisão de Enfermagem | 1 visita | Semanal |
| | Técnico de Enfermagem | 24 horas | Diária |
| Equipamentos | Suporte de soro | | |
| | Estetoscópio | | |
| | Esfignomamômetro | | |
| | Ambu cocm máscara | | |
| | Laringoscópio | | |
| | Aspirador | | |
| | Nebulizador | | |
| | Respirador | | |
| | Concentrador de O2 | | |
| | Gerenciador de energia | | |
| | Oxímetro | | |
| | Cama Hospitalar elétrica com colchão | | |
| | Escada | | |
| | Cadeira higiênica | | |
| Cadeira de rodas | | | |
| Procedimentos | Banho no leito | | Diária |
| | Curativos | | Diária |
| | Aspiração | | Diária |
| | Administração de medicação parenteral | | Diária |
| | Cuidado com estomias | | Diária |
| | Alimentação enteral e parenteral | | Diária |
| | Sondagem nasogástrica/vesical | | Diária |

| | | | |
|------------------------|---------------------------|--|---------------------|
| | Instalação de soro | | Diária |
| | Coleta de lixo hospitalar | | Diária |
| TOTAL DA DIÁRIA | | | R\$ 1.362,14 |

8.16 DIETAS

8.16.1 Enteral e parenteral - Brasíndice – PF +10% - Com congelamento semestral, 1ª versão impressa de janeiro e julho do ano vigente.

8.16.2 Dietas manipuladas: Nota Fiscal sem taxa de comercialização.

8.16.3 Dietas enterais para SAD (Home Care): Conforme tabela descrita abaixo:

| ITEM | DESCRIÇÃO DO MATERIAL | VALOR MÁXIMO |
|------|--|--------------|
| 1 | Dieta enteral líquida nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica (1,0 kcal/ml), normoprotéica, com 100% de proteína vegetal e 15% de proteína isolada da soja. Isenta de sacarose, lactose e glúten. Com fibras. Sistema fechado com 1000 ml. Material de qualidade igual ou superior à marca Fresenius, produto Fresubin Soya Fibre 1000ml. | R\$ 39,60 |
| 2 | Bomba de infusão deverão ser fornecidas em COMODATO para dieta enteral compatível com o equipo. | - |
| 3 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica e normoprotéica. Com 100% de proteína isolada da soja. Isenta de fibras e glúten. Tetra Square 1000 mL. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Isosource Soya. | R\$ 23,10 |
| 4 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, polimérica, hipercalórica ($\geq 1,5$ Kcal/ml) e normoprotéica. Isenta de glúten. Com fibras. Tetra Square 1000 mL. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Isosource 1,5. | R\$ 33,74 |
| 5 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica e normoprotéica. Isento de lactose, fibras e glúten. Tetra Square 1000 mL. Material de qualidade igual ou superior à marca Prodiel, produto Trophic Basic. | R\$ 32,92 |
| 6 | Dieta enteral em pó, nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica (1,2 Kcal/mL) e normoprotéica. Isento de lactose e glúten. Com fibras. Lata: 800g. Material de qualidade igual ou superior à marca Prodiel, produto Trophic Fiber. | R\$ 111,84 |
| 7 | Dieta enteral em pó, nutricionalmente hidrolisada, normocalórica e normoprotéica. Isento de lactose, fibras e glúten. Lata: 400g. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé produto Peptamen. | R\$ 220,56 |
| 8 | Espessante instantâneo para alimentos quentes e frios, a base de goma xantana, que não altere sabor, cor e cheiro dos alimentos. Indicado para pacientes com dificuldade de deglutição. Com diluições que permitam obter as consistências de néctar, mel ou pudim. Lata ou sachê. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé produto Thicken Up Clear. | R\$ 83,21 |

| | | |
|----|--|------------|
| 9 | Módulo de proteína com 100% de proteína do soro do leite, especialmente formuladas para suplementação de dietas oral e enteral de pacientes com necessidades Material de qualidade igual ou superior à marca Fresenius, produto Fresubin Protein Powder. aumentadas de proteína. Lata: 300g | R\$ 146,30 |
| 10 | Módulo de proteína com 100% de proteína do soro do leite hidrolisada, especialmente formuladas para suplementação de dietas oral e enteral de pacientes com necessidades aumentadas de proteína e com intolerância à proteína intacta. Lata: 250g. Material de qualidade igual ou superior à marcaNutrimed, produto Nutri HWhey. | R\$ 137,71 |
| 11 | Módulo em pó de glutamina para dieta enteral ou oral. Sachê: 05g Material de qualidade igual ou superior à marca Vitafor,produto Glutamax. | R\$ 3,70 |
| 12 | Módulo de fibra com 100% de fibra solúvel, a base de goma guar e inulina. Para uso por via enteral ou oral. Para adição em preparações frias ou quentes, doces ou salgadas, sem alterar sabor, textura e cheiro do alimento. Lata: 260g. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Fibermais. | R\$ 113,36 |
| 13 | Suplemento de probióticos com 4 a 5 cepas, que auxiliam na recomposição da microbiota intestinal em casos de disbiose. Para uso por via enteral ou oral. Sachê: 1 a 2g Material de qualidade igual ou superior à marca Invictus, produtoProbiatop. | R\$ 5,11 |
| 14 | Suplemento simbiótico composto por Lactobacillus reuteri e fibras solúveis, indicado para pacientes maiores de 4 anos de idade, com diarreia ou disbiose. Para uso por via enteral ou oral. Sachê: 5g. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Fibermais flora. | R\$ 58,65 |
| 15 | Módulo de fibras alimentares composto por mix de fibras solúveis e insolúveis. Para adição em preparações frias ou quentes, doces ou salgadas, sem alterar sabor, textura e cheiro do alimento. Para uso por via enteral ou oral. Lata: 400g. Material de qualidade igual ou superior à marca Prodiet,produto Enterfiber. | R\$ 107,93 |
| 16 | Dieta enteral em pó especializada p/ pacientes c/ doença de Crohn, isenta de glúten e de lactose. Lata 400g. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Modulen | R\$ 371,89 |
| 17 | Alimento para suplementação de nutrição oral, nutricionalmente completo, especializado para controle glicêmico, hiperproteico normoproteico (15-20%), com fibras. Isento de sacarose e glúten. Frasco: 200 mL Material de qualidade igual ou superior à marca Abbott, produto GlucernaSR | R\$ 20,09 |
| 18 | Alimento para suplementação de nutrição oral, nutricionalmente completo, fórmula polimérica, imunomoduladora, normocalórica, hiperproteica ($\geq 20\%$), para situações metabólica especiais, enriquecida com arginina, ácidos graxos w3 e nucleotídeos. Isento de Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Impact.sacarose, lactose e glúten. Frasco: 200 mL. | R\$ 22,46 |
| 19 | Alimento para suplementação de nutrição oral, nutricionalmente completo, fórmula polimérica, especializada à cicatrização, hipercalórica ($\geq 1,2\text{kcal/ml}$), hiperproteica, enriquecida com arginina e | R\$ 22,69 |

| | | |
|----|--|-----------|
| | carotenoides. Com sacarose. Isento de glúten. Frasco: 200 mL. Material de qualidade igual ou superior à marca Danone, produto Cubitan. | |
| 20 | Alimento para suplementação de nutrição oral, nutricionalmente completo, hipercalórico ($\geq 1,5$ kcal/ml), normoproteico (15-20%). Isento de fibras e glúten. Frasco: 200 mL. Material de qualidade igual ou superior à marca Fresenius, produto Fresubin Energy Drink. | R\$ 13,96 |
| 21 | Dieta enteral líquida nutricionalmente completa, polimérica, normocalórica ($< 1,2$ kcal/ml), normoproteica (15-19%), isenta de sacarose, lactose, fibras e glúten. Sistema Material de qualidade igual ou superior à marca Fresenius, produto Fresubin Original 500ml. fechado com 500 ml. | R\$ 38,93 |
| 22 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, polimérica, hipercalórica (1,2 a 1,3 Kcal/ml) e hiperproteica ($\geq 20\%$ de proteínas). Isenta de fibras, lactose, sacarose e glúten. Sistema fechado de 1000 ml. Material de qualidade igual ou superior à marca Nestlé, produto Novasource Sênior. | R\$ 72,00 |
| 23 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, polimérica, hipercalórica ($\geq 1,5$ Kcal/ml), hiperproteica ($\geq 20\%$ de proteínas). Isenta de fibras, lactose, sacarose e glúten. Sistema fechado 1000 ml. Material de qualidade igual ou superior à marca Fresenius, produto Fresubin HP Energy 1000ml. | R\$ 56,90 |
| 24 | Dieta enteral líquida, nutricionalmente completa, especializada para controle glicêmico, hipercalórico ($DC \geq 1,5$ kcal/ml), hiperproteico ($\geq 20\%$), $\leq 45\%$ de carboidratos, com mix de fibras (predomínio de fibras solúveis). Isento de sacarose, glúten e lactose. Sistema fechado 1000 ml. Material de qualidade igual ou superior à marca Danone, produto Diason Energy HP. | R\$ 85,82 |

8.17 DIÁRIAS

8.17.1 A diária corresponde à ocupação de leito hospitalar (UTI ou enfermaria) pelo período de 24 (vinte e quatro) horas – ou 12 (doze) horas, em caso de hospital-dia – e se inicia no momento em que o beneficiário é admitido pela enfermagem na unidade de internação;

8.17.2 Considera-se alta hospitalar o momento em que o médico assistente a prescrever no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou correspondente;

8.17.3 A primeira diária é indivisível e será cabível mesmo que o paciente receba alta em período inferior às 24 horas. As horas excedentes serão cobradas nos casos em que o beneficiário receber alta hospitalar após o término da última diária;

8.17.4 A permanência do paciente após o encerramento da última diária somente ensejará o pagamento de nova diária caso essa permanência seja superior a 08 (oito) horas.

8.17.5 Caso o paciente seja transferido de acomodação, a diária daquele dia corresponderá à acomodação em que o paciente permaneça por maior número de horas, não sendo permitida a cobrança de duas diárias em referência ao mesmo dia;

8.17.6 ENFERMARIA consiste em aposento com até 3 (três) leitos, banheiro coletivo privativo para os pacientes internados naquela unidade e mobiliário necessário ao paciente.

8.17.7 Inclui-se no valor da diária de enfermaria e de hospital-dia enfermaria:

8.17.7.1 Ocupação do espaço físico, inclusive consumo de água e energia elétrica;

8.17.7.2 Mobiliário pertinente e necessário à acomodação e conforto do paciente, inclusive, mas não se limitando a cama hospitalar, suporte para soro, escada, aparelho telefônico (o custo do seu uso será de responsabilidade do paciente), ar condicionado, cadeira de banho, sofá, cadeira de conforto para uso do paciente;

8.17.7.3 Fornecimento e troca de roupa de cama e banho do paciente;

8.17.7.4 Limpeza e desinfecção do ambiente;

8.17.7.5 Alimentação completa para o paciente (exceto as dietas industrializadas), inclusive dieta especial prescrita pelo médico assistente, bem como a orientação nutricional durante a internação e no momento da alta hospitalar.

8.17.8 O direito ao acompanhante será garantido nos termos legais, respeitados o art. 12 e o § 6º do art. 8º da Lei nº 8069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o art. 16 da Lei nº 10741/2003 (Estatuto do Idoso), Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, Portaria 2418/2005 do Ministério da Saúde e Resolução nº 211 ANS (Lei do Acompanhamento no Parto) e art. 22 da lei 13.146 (Lei Brasileira de Inclusão – LBI, Estatuto da Pessoa com Deficiência);

8.17.9 A diária de acompanhante deve incluir o fornecimento de 03 (três) refeições por dia (café da manhã, almoço e jantar);

8.17.10 É reservado ao beneficiário o direito de optar por melhoria no padrão de acomodação hospitalar, tanto para si quanto para seus dependentes. Para tanto, as despesas resultantes da valoração em dobro dos honorários médicos e da diferença de valor entre as diárias hospitalares devem ser quitadas, prévia e integralmente, pelo beneficiário junto à CREDENCIADA;

8.17.11 Em atenção ao item 7.15.11, a CREDENCIANTE não assumirá, sob nenhuma hipótese, qualquer tipo de ônus pela alteração no padrão de acomodação hospitalar realizada a pedido do beneficiário;

8.17.12 A taxa de isolamento terá acréscimo de 30% ao valor da diária de enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, pediátrica e neonatal, cabendo ao médico assistente emitir relatório justificando a necessidade e o tipo de isolamento proposto, de acordo com o protocolo institucional;

8.17.13 A diária na modalidade hospital-dia (*dayclinic*) corresponde à ocupação de leito hospitalar pelo período de até 12 (doze) horas e será aplicável aos procedimentos cirúrgicos ou invasivos realizados a nível ambulatorial;

8.17.14 As diárias autorizadas na GE podem ser prorrogadas mediante justificativa do médico assistente. Para tanto, o prestador deverá providenciar a solicitação de prorrogação, acompanhada do relatório médico que justifique a permanência a maior, impreterivelmente até o primeiro dia útil subsequente ao último dia já autorizado. O descumprimento deste prazo poderá acarretar negativa na autorização da prorrogação, o que implicará em não pagamento da diária referente, bem como de todos os insumos utilizados e procedimentos ocorridos naquela data. O HFA, por sua vez, responderá a solicitação em até 48 (quarenta e oito) horas úteis;

8.17.15 A solicitação de prorrogação deverá ser encaminhada para o endereço eletrônico hfaocsinternacao@gmail.com juntamente com relatório médico que justifique a necessidade de prorrogar o tempo de internação. Após análise e liberação, as guias ficarão disponíveis no mesmo endereço para impressão pela OCS;

8.17.16 A diária de enfermaria, UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal **compreende:**

- Alimentação completa para o paciente (exceto as dietas industrializadas), inclusive orientação nutricional durante a internação e no momento da alta hospitalar;
- Cuidados de enfermagem (sem exceção);
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável, máscara N-95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção e dispositivo de proteção facial);
- Fornecimento e troca de roupa de cama e banho do paciente e o acompanhante (nos casos previstos em lei);
- Instrumental permanente, aspirador a vácuo, bomba de infusão, oxímetro de pulso;
- Limpeza concorrente e terminal (inclui material de higienização);
- Mobiliário pertinente e necessário à acomodação e conforto do paciente, inclusive, mas não se limitando à cama hospitalar, berço aquecido, colchão com protetor, suporte de soro, escada, cadeira de conforto e ar condicionado;
- Roupas de cama e banho para o paciente e o acompanhante (nos casos previstos em lei);
- Taxa administrativa de internação do paciente.

8.17.17 A diária de enfermaria, UTI adulto, UTI pediátrica e UTI neonatal **não compreende:**

- Dieta enteral, suplementos e complementos;
- Gases medicinais;
- Hemocomponentes;
- Honorários médicos;
- Materiais descartáveis;
- Medicamentos;
- OPME;
- Procedimentos médicos;

- SADT;
- Taxa de uso de equipamentos;

8.17.18 A diária de berçário **comprende:**

- Alimentação completa para o paciente (exceto as dietas industrializadas), inclusive acompanhamento nutricional;
- Cuidados de enfermagem (sem exceção);
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável, máscara N-95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante, óculos de proteção e dispositivo de proteção facial);
- Incubadora e berço aquecido;
- Instrumental permanente, aspirador a vácuo, bomba de infusão, oxímetro de pulso;
- Limpeza concorrente e terminal (inclui material de higienização);
- Materiais descartáveis, tais como dosador para medicação via oral, copos descartáveis, bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas, álcool 70%, cotonetes para a higiene de olhos, ouvido e nariz;
- Paramentação (máscara, gorro, propé, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar e pelo acompanhante;
- Roupas de cama e banho para o paciente e o acompanhante;

8.17.19 A diária de berçário **não compreende:**

- Despesas do acompanhante;
- Dieta enteral, suplementos e complementos;
- Fototerapia;
- Gases medicinais;
- Hemocomponentes;
- Honorários médicos;
- Materiais descartáveis, exceto aqueles mencionados na alínea "g" do item 7.7.17;
- Medicamentos;
- OPME;
- Procedimentos médicos;
- SADT;
- Taxa administrativa de internação do paciente;
- Taxa de uso de equipamentos.

8.17.20 As diárias serão remuneradas conforme tabela a seguir:

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | UN | VALOR |
|---------------|--|-----------|--------------|
| 60000694 | Diária de enfermaria de 3 (três) leitos com banheiro privativo | Dia | R\$ 350,00 |
| 60001038 | Diária de UTI adulto geral | Dia | R\$ 1.345,40 |
| 60001054 | Diária de UTI infantil/pediátrica | Dia | R\$ 2.500,00 |
| 60001062 | Diária de UTI neonatal | Dia | R\$ 2.500,00 |
| 60000163 | Diária de hospital dia enfermaria | Dia | R\$ 200,00 |
| 60033553 | Diária de acompanhante com refeição completa | Dia | R\$ 62,25 |

8.18 TAXAS DE SALA

8.18.1 SALA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO SOCORRO consiste em aposento composto por um ou mais leitos, exclusivamente para pacientes, contendo camas ou macas. Situa-se em pronto socorro, sendo destinada à observação clínica do paciente após atendimento ou exame.

8.18.1.1 A taxa de sala de observação em pronto-socorro visa cobrir o custo com a permanência do paciente no serviço até 6 (seis) horas, desde que esteja prescrita pelo médico assistente.

8.18.1.2 Inclui a utilização do aposento e o atendimento de enfermagem. Não inclui os procedimentos previstos no item "Taxas de Serviços".

8.18.1.3 O pagamento da diária de sala de observação será devido apenas quando houver evidências de observação clínica efetuada pelo médico assistente.

8.18.1.4 Não cabe cobrança de taxa de sala de observação para os casos de consultas, espera de resultados de exame ou administração de medicamentos que não requeiram supervisão médica.

8.18.1.5 Não é cabível acréscimo sobre a diária de sala de observação referente ao horário de atendimento ao paciente.

8.18.2 SALA DE CIRURGIA consiste em aposento especial situado dentro do centro cirúrgico, exclusivamente para pacientes, contendo mesa cirúrgica e equipamentos necessários à monitorização do paciente e à execução do procedimento cirúrgico, conforme sua complexidade.

8.18.2.1 A taxa de sala cirúrgica será remunerada conforme o porte anestésico do procedimento cirúrgico principal ou de maior porte e visa cobrir os custos do espaço físico, móveis e equipamentos pertencentes à sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico.

8.18.2.2 A taxa de sala cirúrgica será cabível exclusivamente quando utilizadas as instalações do centro cirúrgico ou, no caso da sala de pequena cirurgia ambulatorial, quando utilizada sala cirúrgica específica e equipada para essa finalidade localizada em local diverso do centro cirúrgico.

8.18.2.3 Não cabe taxa de sala cirúrgica para procedimentos realizados em consultório ou beira leito.

8.18.2.4 Quando forem realizadas duas ou mais cirurgias simultaneamente, seja a mesma equipe ou equipes distintas, por vias de acesso iguais ou diferentes, será paga uma única taxa de sala, que corresponderá ao procedimento com maior porte anestésico.

8.18.2.5 Inclui-se no valor da taxa de sala cirúrgica:

- Antissepsia e desinfecção terminal da sala cirúrgica, de seu mobiliário e de seus equipamentos;
- Preparo e esterilização dos instrumentais cirúrgicos;
- Aparelho para tricotomia completo;
- bombas de infusão;
- aspirador à vácuo ou elétrico;
- bandejas de curativo, infiltração/punção articular, curativo, sondagem, punção venosa periférica ou profunda etc.;
- Bomba para bota pneumática;
- Capa para vídeo e para microscópio;
- Cal soldada;
- Craniótomo;
- Carro de anestesia;
- Desfibrilador e Cardioversor;
- Rouparia de qualquer tipo, descartável ou não;
- Escova para degermação;
- Espéculo;
- Equipamento de reanimação cardiorrespiratória;
- Escadinha;
- Faixa smarch;
- Foco cirúrgico e auxiliar;
- Frasco coletor para lavado de qualquer tipo;
- Halo craniano;
- Imobilização provisória;
- Instalação de soro e aplicação de medicação por qualquer via;

- Ionizador;
- Irrigação Contínua;
- Laser Cirúrgico, Argônio e Yag Laser;
- Luer-lock, tipo chave q-site;
- Lavagem e aspiração traqueal, gástrica, intestinal, retal;
- Limpeza e desinfecção do ambiente;
- Lupa cirúrgica.

8.18.2.6 MATERIAIS DESCARTÁVEIS: gorro, touca, "propé", luva de procedimento, máscara, avental, demais equipamentos de proteção individual, campo cirúrgico ou operatório, álcool, tintura de benjoim, formol, PVPI, clorexidina, qualquer outro tipo de antisséptico, algodão, bem como todo o dispositivo de segurança aplicado ao material.

8.18.2.7 MATERIAIS PERMANENTES: cânula de *Guedel*, lâmina e laringoscópio, fio guia de intubação.

- Manta Térmica (aquecedor);
- Mesas, cirúrgicas, mesas auxiliares e de Mayo;
- Maca Cirúrgica adequada para cada procedimento com seus respectivos acessórios;
- Microscópio Cirúrgico;
- Monitor e sensor BISS;
- Oxímetro;
- Radioscopia;
- Realização de curativo;
- Sistema de Aspiração Fechado;
- Serra Elétrica e de Stryker;
- Serviço de Enfermagem pré, trans e pós-operatório;
- Sondagem Gástrica, Nasoenteral, Retal, Vesical de alívio e demora;
- Suporte para soro;
- Tracionador esquelético;
- Tricotomia;
- Umidificador;
- Todos os materiais permanentes e aparelhos indispensáveis ao bom atendimento do paciente.

8.19 SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA consiste em aposento especial situado dentro do centro cirúrgico, exclusivamente para pacientes, contendo maca e equipamentos necessários à monitorização do paciente.

8.19.1 A taxa de sala de recuperação pós-anestésica será remunerada conforme o porte anestésico do procedimento cirúrgico principal ou de maior porte e visa cobrir os custos do espaço físico, móveis e equipamentos pertencentes à sala, esterilização e uso do instrumental cirúrgico.

8.19.2 Incluem-se na taxa de sala de recuperação pós anestésica os mesmos itens inclusos na taxa de sala de cirurgia.

8.19.3 A taxa de sala de recuperação pós anestésica será cabível exclusivamente quando utilizadas as instalações do centro cirúrgico e quando realizadas técnicas anestésicas diferentes de mera anestesia local.

8.19.4 A taxa de sala de hemodinâmica será devida em procedimentos de hemodinâmica e angiografia.

8.19.5 Inclui, além dos itens constantes na taxa de sala de cirurgia (espaço físico, rouparia e móveis), os equipamentos inerentes ao procedimento, como intensificador de imagem e filme, serviços de enfermagem, equipamentos/instrumental cirúrgico, equipamentos/ instrumental de anestesia, monitorização e desfibrilador/cardioversor.

8.19.6 A taxa de sala de gesso visa cobrir os gastos com colocação e/ou retirada de gesso e inclui espaço físico, iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo, instrumental e equipamento básico e permanente na unidade, instrumental e equipamentos de anestesia, leito próprio, mesa operatória, equipamentos de proteção individual, bem como rouparia permanente e descartável.

8.19.7 Não estão incluídos nas taxas de sala em geral os seguintes itens, à exceção daqueles expressamente previstos como inclusos:

- Materiais médico-hospitalares descartáveis;

- Medicamentos;
- Gases medicinais;
- Honorários Médicos;
- Órteses, próteses e materiais especiais, desde que cobertos e autorizados previamente pela CREDENCIANTE.

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | VALOR |
|---------------|---|--------------|
| 60033681 | Taxa de sala de observação PS, até 6 horas | R\$ 53,36 |
| 60033584 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 1 | R\$ 86,97 |
| 60033592 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 2 | R\$ 86,97 |
| 60033606 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 3 | R\$ 86,97 |
| 60033614 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 4 | R\$ 86,97 |
| 60033622 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 5 | R\$ 86,97 |
| 60033630 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 6 | R\$ 86,97 |
| 60033649 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 7 | R\$ 86,97 |
| 60033657 | Taxa de sala SRPA, porte anestésico 8 | R\$ 86,97 |
| 60023090 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 0 | R\$ 143,18 |
| 60023104 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 1 | R\$ 334,37 |
| 60023112 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 2 | R\$ 501,57 |
| 60023120 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 3 | R\$ 668,75 |
| 60023139 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 4 | R\$ 835,94 |
| 60023147 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 5 | R\$ 1.003,12 |
| 60023155 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 6 | R\$ 1.170,30 |
| 60023163 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 7 | R\$ 1.336,61 |
| 60023171 | Taxa de sala cirúrgica, porte anestésico 8 | R\$ 758,47 |
| 60023082 | Taxa de sala cirúrgica, pequena cirurgia ambulatorial | R\$ 143,18 |
| 60023023 | Taxa de sala cirúrgica, parto normal | R\$ 668,75 |
| 60034033 | Taxa de sala cirúrgica, parto cesário | R\$ 668,75 |
| 60023325 | Taxa de sala de hemodinâmica | R\$ 1.333,93 |
| 60023236 | Taxa de sala de colocação/retirada de gesso | R\$ 97,82 |

8.20 TAXAS DE SERVIÇOS

8.20.1 As taxas de serviços especiais visam cobrir os custos de manipulação profissional onde são empregadas técnicas especiais.

8.20.2 As taxas de serviços especiais são devidas exclusivamente quando realizadas por profissionais técnicos.

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | UN | TIPO A |
|---------------|----------------------|-----------|---------------|
|---------------|----------------------|-----------|---------------|

| | | | |
|----------|---|--------|------------|
| 60022108 | Taxa de aspiração traqueo/brônquio intermitente | Sessão | R\$ 5,33 |
| 60022264 | Taxa de imobilização não gessada | Uso | R\$ 79,15 |
| 60015292 | Taxa de aplicação de injeção IM/EV/SC em PS | Atend | R\$ 8,89 |
| 60029064 | Taxa de instalação de soro EV em PS | Atend | R\$ 28,46 |
| 60035212 | Irrigação contínua | Dia | R\$ 26,68 |
| 60022540 | Taxa de uso/sessão de lavagem gástrica | Sessão | R\$ 68,47 |
| 60022728 | Taxa de uso/sessão de lavagem retal/intestinal | Sessão | R\$ 68,47 |
| 60015160 | Taxa de preparo de alimentação enteral | Dia | R\$ 88,93 |
| 60015225 | Taxa de preparo de alimentação parenteral | Dia | R\$ 334,37 |
| 60035220 | Taxa de retirada de gesso | Sessão | R\$ 17,79 |
| 60023457 | Taxa de sondagem / cateterismo gástrico | Sessão | R\$ 35,58 |
| 60023600 | Taxa de sondagem / cateterismo retal | Sessão | R\$ 35,58 |
| 60023660 | Taxa de sondagem / cateterismo vesical | Sessão | R\$ 68,47 |

8.21 TAXAS DE EQUIPAMENTOS

8.21.1 As taxas de utilização de equipamentos (TUE) visam cobrir os custos de instalação; limpeza e esterilização, quando necessária; desgaste e depreciação, como também a manutenção sistemática dos equipamentos;

8.21.2 Como regra, a taxa de uso de equipamento inclui seus acessórios:

8.21.2.1 Taxa de bisturi elétrico (mono ou bipolar) inclui a placa eletrocirúrgica, o cabo e a caneta / ponteira;

8.21.2.2 Taxas de monitores (cardíaco, oxímetro, capnógrafo, multiparamétrico) incluem cabos, sensores e eletrodos;

8.21.2.3 Taxas de laser e microscópio incluem capas protetoras;

8.21.2.4 Taxa de respirador inclui circuitos e filtros, além do ar comprimido eventualmente necessário para ciclagem do aparelho;

8.21.2.5 Taxa de trépano/drill elétrico inclui ponteiros e brocas.

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | UN | VALOR |
|----------|---|--------|------------|
| 60027630 | Taxa de raio-x portátil | Sessão | R\$ 88,93 |
| 60026243 | Taxa de berço aquecido | Hora | R\$ 8,01 |
| 60025565 | Taxa de bisturi elétrico monopolar | Sessão | R\$ 64,92 |
| 60025492 | Taxa de bisturi elétrico bipolar | Sessão | R\$ 88,93 |
| 60026782 | Taxa de bomba de circulação extracorpórea | Dia | R\$ 355,72 |
| 60030399 | Taxa de monitor capnógrafo | Sessão | R\$ 57,81 |
| 60026421 | Taxa de desfibrilador cardioversor | Sessão | R\$ 44,47 |
| 60026375 | Taxa de aparelho para fototerapia | Hora | R\$ 15,12 |
| 60025034 | Taxa de incubadora | Hora | R\$ 15,12 |

| | | | |
|----------|--|--------|------------|
| 60026987 | Taxa de garrote pneumático | Sessão | R\$ 35,58 |
| 60033959 | Taxa de laser cirúrgico | Sessão | R\$ 177,86 |
| 60027339 | Taxa de marca passo provisório/temporário | Dia | R\$ 315,70 |
| 60027428 | Taxa de microscópio cirúrgico | Sessão | R\$ 177,86 |
| 60030399 | Taxa de monitor capnógrafo | Sessão | R\$ 35,42 |
| 60029226 | Taxa de monitor cardíaco | Hora | R\$ 15,12 |
| 60031808 | Taxa de monitor de oxímetro | Hora | R\$ 8,89 |
| 60027843 | Taxa de respirador | Hora | R\$ 23,12 |
| 60027975 | Taxa de serra para osso | Sessão | R\$ 53,36 |
| 60026790 | Taxa de estribo para tração transesquelética | Dia | R\$ 35,58 |
| 60028173 | Taxa do trepano/Drill elétrico | Sessão | R\$ 53,36 |

8.22 TAXAS ADMINISTRATIVAS

8.22.1 A taxa de registro ambulatorial visa cobrir os custos de recepção, encaminhamento do paciente, abertura ou desarquivamento de prontuário, abertura de ficha de atendimento, registros e anotações diversas, assim como todo o material de expediente utilizado, sendo devida em todos os atendimentos de Pronto Socorro, exceto:

8.22.1.1 Quando realizada exclusivamente consulta médica;

8.22.1.2 Quando realizadas nebulizações subsequentes no mesmo paciente;

8.22.1.3 Para retirada de gesso ou de imobilização provisória não gessada, quando a colocação do gesso ou da imobilização provisória não gessada tiverem sido realizados pela CREDENCIADA;

8.22.1.4 Para retirada de pontos, quando a cirurgia ou a sutura tiverem sido realizados pela CREDENCIADA;

8.22.1.5 Em casos de acompanhamentos e reavaliações pós-operatório, fraturas etc.

8.22.2 A taxa de registro de internação visa cobrir os custos de recepção, encaminhamento do paciente, abertura ou desarquivamento de prontuário, registros e anotações diversas, assim como todo o material de expediente utilizado, reserva e preparo do alojamento.

8.22.3 A taxa de registro de internação será devida uma vez a cada ocorrência de internação e, em caso de fracionamento da conta, deverá ser cobrada na primeira parcial.

8.22.4 Também caberá a cobrança de taxa de registro de internação quando o paciente realizar cirurgia dentro do centro cirúrgico em caráter ambulatorial.

8.22.5 Nos partos, as despesas do recém-nascido estão inclusas na conta da mãe até o momento da alta desta, não cabendo, portanto, cobrança de taxa de registro de internação adicional. A taxa de registro de internação do recém-nascido somente será devida caso este permaneça internado após a alta da mãe, gerando assim uma nova internação em nome do RN.

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | UN | VALOR |
|----------|------------------------------------|-------|------------|
| 60033550 | Taxa de registro em pronto socorro | Atend | R\$ 24,97 |
| 60033568 | Taxa de registro de internação | Atend | R\$ 184,97 |

8.23 GASES MEDICINAIS

8.23.1 Os gases medicinais serão cobrados por hora indivisível, EXCETO no caso do item 60034220 – NEBULIZAÇÃO COM OXIGÊNIO, que será remunerado por sessão com duração de 15 (quinze) minutos.

| CÓDIGO | ESPECIFICAÇÃO | UN | VALOR |
|----------|---|--------|-----------|
| 60010452 | Oxigênio no respirador adulto, por hora, no centro cirúrgico | Hora | R\$ 46,98 |
| 60010053 | Oxigênio no respirador pediatria, por hora, no centro cirúrgico | Hora | R\$ 16,72 |
| 60010444 | Oxigênio no respirador adulto, por hora, na UTI | Hora | R\$ 46,98 |
| 60010045 | Oxigênio no respirador pediatria, por hora, na UTI | Hora | R\$ 20,12 |
| 60009969 | Oxigênio no respirador neonatal, por hora, na UTI | Hora | R\$ 7,83 |
| 60028378 | Oxigênio sob cateter / mascara, por hora | Hora | R\$ 3,36 |
| 60034122 | Ar comprimido sob cateter / mascara, por hora | Hora | R\$ 1,13 |
| 60001852 | Ar comprimido no respirador, por hora, na UTI | Hora | R\$ 11,14 |
| 60001860 | Ar comprimido no respirador, por hora, no centro cirúrgico | Hora | R\$ 9,67 |
| 60034220 | Nebulização com oxigênio | Sessão | R\$ 0,84 |
| 60028572 | Óxido nitroso, por hora | Hora | R\$ 27,04 |
| 60028521 | Nitrogênio, por hora | Hora | R\$ 15,69 |
| 60028394 | Gás carbônico, por hora | Hora | R\$ 10,95 |

8.24 MEDICAMENTOS E RADIOFÁRMACOS

8.24.1 Os medicamentos serão valorados conforme os parâmetros da coluna Preço de Fábrica (PF), constantes do Guia Farmacêutico Brasíndice.

8.24.2 Será priorizada a utilização de medicamentos genéricos sempre que possível.

8.24.3 Medicamentos cuja dose individual ultrapasse o valor de R\$ 600,00 (seiscentos reais) necessitam de autorização prévia. O médico assistente deverá apresentar aos auditores da CREDENCIANTE relatório com justificativa clínica para o uso do medicamento, dosagem e duração do tratamento. A valoração seguirá os critérios do item anterior. A cobrança será realizada por miligrama e não por frasco, levando-se em consideração a estabilidade da substância após reconstituição.

8.24.4 Medicamentos manipulados, descontinuados ou que não constam no Guia Farmacêutico Brasíndice serão remunerados conforme preço de Nota Fiscal sem taxas.

8.24.5 Medicamentos sem registro na ANVISA ou utilizados em caráter experimental / *Off Label* não serão pagos pela CREDENCIANTE.

| DESCRIÇÃO | VALOR |
|---------------------------------|---|
| Medicamento Comum | Brasíndice – PF +25% com congelamento semestral, 1ª versão impressa de janeiro à julho do ano vigente |
| Medicamento Restrito Hospitalar | Brasíndice – PF +25% com congelamento semestral, 1ª versão impressa de janeiro à julho do ano vigente |

| | |
|----------------------------|---|
| Medicamentos Oncológico | Brasíndice – PF +20% com congelamento semestral, 1ª versão impressa de janeiro à julho do ano vigente |
|----------------------------|---|

8.25 FILMES RADIOLÓGICOS

8.25.1 O Filme Radiológico será pago conforme cálculo da metragem estabelecida na CBHPM e o valor da última divulgação realizada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia – CBR.

8.26 MATERIAIS DESCARTÁVEIS

8.26.1 Os materiais descartáveis serão precificados conforme Revista SIMPRO sem acréscimo. Materiais descartáveis descontinuados ou que não constam na Revista SIMPRO serão remunerados conforme preço de Nota Fiscal.

8.26.2 Os materiais descartáveis serão pagos independente do código de referência e sem taxa de comercialização.

8.26.3 Em caso de atualização suspensa, serão remunerados pelo último valor publicado na SIMPRO.

8.27 ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

8.27.1 As OPMEs serão faturadas pelo valor de Nota Fiscal com taxa de comercialização SIMPRO + 15%, a título de pagamento dos serviços de seleção, aquisição, armazenamento e dispensação.

| DESCRIÇÃO | VALOR |
|-----------|--------------|
| OPME | SIMPRO + 15% |

8.27.2 Para fins de conceituação, será considerado OPME/DMI como “Órtese e prótese implantável por meio de procedimento médico invasivo, bem como os materiais utilizados como instrumental específico para sua implantação” conforme Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais (GTI-OPME) – 2015. Desta forma, o termo “material especial” refere-se aos materiais utilizados única e exclusivamente durante ato cirúrgico para implante de dispositivo médico (órtese ou prótese), não se aplicando a materiais descartáveis de alto custo.

8.27.3 Nos termos da Resolução CFM nº 2318/22, é vedado ao médico assistente exigir marca ou fornecedor exclusivos. Compete a ele determinar as características da OPME/DMI necessária à adequada execução do procedimento, sendo-lhe facultado indicar três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, que atendam às características previamente especificadas.

8.27.4 Quando o médico assistente recusar uma OPME/DMI com fundamento em deficiência do material, má qualidade ou defeito, a recusa deverá ser documentada e acompanhada da comprovação de que a reclamação foi encaminhada à ANVISA, nos termos do parágrafo único do art. 8º da Resolução CFM nº 2318/22.

8.27.5 Para procedimentos eletivos, a solicitação de OPME/DMI deverá ser encaminhada com antecedência mínima de 21 (vinte e um) dias úteis, acompanhada de toda a documentação pertinente: relatório médico, exames que comprovem a indicação, detalhamento técnico do material e pelo menos três orçamentos, quando possível.

8.27.6 Nos casos de cirurgia em caráter de urgência ou emergência não é necessária apresentação dos três orçamentos de OPME/DMI para autorização prévia por parte da CREDENCIANTE. Assim, a cobrança do material será de acordo com o valor da Nota Fiscal de aquisição + 12% da taxa de comercialização.

8.27.7 O pedido de autorização de OPME/DMI para cirurgia eletiva deve ser apresentado à CREDENCIANTE acompanhado de três orçamentos de fornecedores diferentes. Caso não seja possível, a CREDENCIADA deverá apresentar justificativa técnica para a ausência do(s) orçamento(s).

8.27.8 A etiqueta de rastreabilidade do material utilizado deve ser anexada ao prontuário do paciente (impresso ou eletrônico), contendo nome ou modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, número de lote e número de registro na ANVISA conforme Portaria SAS/MS nº 403, de 7 de maio de 2015.

8.27.9 A(s) OPME/DMI utilizada(s) no procedimento cirúrgico deve(m) estar devidamente registrada(s) pelo cirurgião no prontuário do paciente (impresso ou eletrônico), com descritivo do tipo, tamanho e quantidade utilizada.

8.27.10 O exame de imagem que comprova o uso da OPME/DMI deve ser anexado ao prontuário do paciente (impresso ou eletrônico), não sendo necessária sua realização no intraoperatório. Contudo, deverá ser realizado dentro do período de internação relacionado ao ato cirúrgico.

8.27.11 A CREDENCIANTE se reserva o direito de adquirir OPME/DMI diretamente do fornecedor / distribuidor, sem intermediação da CREDENCIADA. Neste caso, será pertinente a cobrança de taxa de comercialização de 12% por parte da CREDENCIADA, referente aos serviços de armazenamento e dispensação.

8.27.12 A OPME/DMI adquirida pela CREDENCIANTE permanecerá sob a guarda da CREDENCIADA até o momento oportuno para realização da cirurgia. A CREDENCIADA assumirá a responsabilidade por quaisquer danos ou extravio do produto, cabendo ressarcimento à CREDENCIANTE.

8.28 DO PROCESSAMENTO DAS CONTAS

8.28.1 Os valores devidos à CREDENCIADA serão pagos pelo Hospital das Forças Armadas, CNPJ 03.568.867/0001-36, Estrada Contorno do Bosque, S/Nº, Sudoeste, Brasília/DF, CEP 70.658-900, mediante apresentação dos documentos comprobatórios dos serviços prestados, após sua análise técnica, financeira e certificação das contas.

8.28.2 Os pagamentos serão efetuados no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da nota fiscal – quando esta for apresentada pelo valor líquido após análise – ou do encaminhamento dos relatórios de auditoria e de glosa – quando a nota tiver sido apresentada pelo valor bruto juntamente com a fatura –, mediante crédito em conta bancária da CREDENCIADA, produzindo o depósito os efeitos jurídicos de quitação da prestação devida.

8.28.3 Para cada período mensal de atendimento, deverá ser emitido um documento de cobrança, que será encaminhado ao HFA em data a ser combinada entre as partes e aposta no Termo de Credenciamento.

8.28.4 A CREDENCIADA, após a prestação dos serviços, terá até 60 (sessenta) dias para apresentar as remessas, contados da data do atendimento ao beneficiário ou do dia de alta do paciente, no caso de internação. Extrapolado esse prazo, as remessas não mais serão recebidas ou apreciadas com finalidade de pagamento.

8.28.5 Todavia, compete exclusivamente ao HFA a autorização para entrega de remessas fora do prazo, mediante solicitação formal e motivada por parte da OCS, que será apreciada pelo HFA previamente à apresentação da fatura.

8.28.6 A cobrança dos serviços prestados, composto pelas diárias, taxas, materiais descartáveis e medicamentos deverá ser efetuada no padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) vigente à data do faturamento. A utilização de codificação distinta daquela aqui mencionada implicará em glosa ou recusa do arquivo XML.

8.28.7 A cobrança deverá ser enviada mediante arquivo XML através do portal disponibilizado mediante senha própria para cada OCS. A documentação pertinente deverá ser entregue nas dependências do HFA para auditoria e pagamento, conforme cronograma anual definido pelo HFA;

8.28.8 As remessas deverão conter detalhadamente a listagem dos pacientes constantes daquela cobrança, ordenada alfabeticamente.

8.28.9 Deverão acompanhar as remessas obrigatoriamente os seguintes documentos:

8.28.9.1 Capa da remessa contendo lista em ordem alfabética dos pacientes constantes daquela remessa, bem como valor individual de cada conta;

8.28.9.2 Comprovante do envio do arquivo XML;

8.28.9.3 Conta individualizada para cada paciente;

8.28.9.4 No caso de um mesmo paciente ter sido atendido mais de uma vez ou estar sendo cobrada mais de uma parcial, cada atendimento/parcial deverá ter conta individualizada;

8.28.9.5 Guia de Encaminhamento assinada pelo profissional responsável pelo atendimento e pelo paciente ou responsável, sendo vedada a assinatura em cópia, mesmo em se tratando de parciais;

8.28.9.6 Nos casos de atendimento de pronto socorro em pediatria e obstetrícia que sejam prestados mediante Cartão do Beneficiário deverá ser anexada à conta a cópia do Cartão;

8.28.9.7 Pedido médico referente a todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos cobrados;

8.28.9.8 Descritivo e boletim anestésico, quando estiver sendo cobrada intervenção cirúrgica;

8.28.9.9 Lacres e Notas Fiscais de OPME;

8.28.9.10 Laudos de exames de alto custo – tomografia, ressonância magnética, endoscopias, procedimentos de imagem intervencionistas, anatomopatológico;

8.28.9.11 Laudos de exames realizados em pronto-socorro;

8.28.9.12 Prescrição checada referente à aplicação de medicamentos de alto custo em regime ambulatorial.

8.28.10 O HFA, ao receber a referida documentação, procederá à análise e conferência de acordo com as Tabelas e condições estabelecidas neste Edital e no Termo de Credenciamento. Caso não haja impropriedade explícita, a remessa será encaminhada para solicitação da Nota Fiscal, seguida de posterior pagamento.

8.28.11 A remessa apresentada em desacordo com o estabelecido no Edital e/ou no Termo de Credenciamento ou com qualquer circunstância que inviabilize seu processamento ou desaconselhe o pagamento será devolvida ao prestador;

8.28.12 Será aplicada glosa total nos procedimentos realizados sem autorização prévia do HFA.

8.28.13 Eventuais glosas, totais ou parciais, serão realizadas em até 60 (sessenta) dias, a contar da data de recebimento das remessas. Havendo glosa total ou parcial, o HFA comunicará o fato à CREDENCIADA pelo(s) e-mail(s)

informado(s) no ato do credenciamento.

8.28.14 Os relatórios, tanto o de pagamento quanto o de glosa, também estarão disponíveis para acesso pela CREDENCIADA no Sistema até o último dia útil do mês em que se complete o prazo de 60 (sessenta) dias para análise. Caso não receba o e-mail, compete ao prestador acessar o Sistema para tomar ciência dos valores glosados e respectivos motivos de glosa.

8.28.15 A CREDENCIADA, querendo, poderá recorrer da glosa, por e-mail e/ou mediante envio de arquivo .XML, apresentando para tanto todos os documentos e argumentos técnicos e administrativos cabíveis, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da notificação ou do acesso ao Sistema. A ausência de manifestação da CREDENCIADA dentro do prazo previsto será considerada como concordância tácita do item glosado.

8.28.16 Consoante o disposto na Lei nº 9.784/1999, a primeira instância de análise do recurso consiste na equipe de auditoria responsável pela análise das remessas, que apreciará o recurso em até 30 (trinta) dias, contados da data de apresentação. Havendo manutenção da glosa recorrida, e caso o prestador não acate os argumentos do HFA, poderá ser acionada a segunda instância de análise do recurso, mediante agendamento de reunião de consenso com o chefe da Seção de Auditoria Médica em até 20 (vinte) dias, contados da comunicação de não acatamento por parte da CREDENCIADA.

8.28.17 Mediante acordo entre as partes, o recurso de glosa poderá ser realizado em fase única mediante reunião de consenso.

8.28.18 As Notas Fiscais originais deverão ser emitidas corretamente, com os dados da CREDENCIADA, de acordo com o constante no Termo de Credenciamento, e não deverão conter rasuras.

8.28.19 Todo o processo de glosa, relatório escrito e recurso de glosa poderão ser suprimidos quando a análise for realizada in loco, caso em que eventuais divergências serão discutidas e compensadas no mesmo momento, à luz do prontuário, presentes os auditores da CREDENCIANTE e da CREDENCIADA. Nesse caso, uma vez que a análise seja acordada e assinada por ambas às partes não caberá mais qualquer forma de recurso.

8.28.20 Considerando a forma peculiar de pagamento adotada pela Administração Pública, com a utilização da Ordem Bancária, através de depósito em conta corrente, é defeso à CREDENCIADA a emissão de duplicatas em função do Termo a ser celebrado.

8.28.21 A emissão desse título de crédito, sem prejuízo das providências judiciais cabíveis, por caracterizar ilícito grave, equiparável à emissão de “duplicatas simuladas”, demandará sanção à CREDENCIADA, com uma das penas prescritas nos incisos III e IV do art. 156 da Lei 14.133/2021.

8.28.22 Sobre o montante a ser pago à CREDENCIADA incidirá retenção tributária no percentual de que dispõe a Instrução Normativa SRF nº 480/2004, ou normatização que vier a lhe substituir, nos termos do que dispõe o artigo 64 da Lei nº 9.430/96 bem como ISS e ICMS, quando aplicáveis.

8.28.23 Sobre o valor devido à CREDENCIADA, a Administração efetuará a retenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ), da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição para o PIS/Pasep, conforme disposto na Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 1.234, de 11 de janeiro de 2012.

8.28.24 Quanto ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN), será observado o disposto na Lei Complementar nº 116, de 2003, e legislação municipal aplicável.

8.28.25 A CREDENCIADA regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação por meio de documento oficial de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

8.28.26 As faturas referentes às internações hospitalares de longa permanência deverão ser subtotalizadas em parciais de até 15 (quinze) dias e entregues dentro do período definido por protocolo HFA com a apresentação das despesas, pela CREDENCIADA. Não serão admitidas parciais de período inferior a 15 (quinze) diárias, exceto a última.

8.28.27 As faturas referentes às internações psiquiátricas deverão ser subtotalizadas em parciais mensais e entregues dentro do período definido por protocolo HFA com a apresentação das despesas, pela CREDENCIADA. Não serão admitidas parciais de período inferior a 15 (quinze) diárias, exceto a última.

8.28.28 Os serviços subsidiários que advierem ao atendimento de Emergência/Urgência, cuja indicação não se sustente com justificativa técnica, serão glosados pela CREDENCIANTE, cabendo à CREDENCIADA recurso justificando a realização do procedimento.

8.28.29 A Administração deduzirá do montante a ser pago os valores correspondentes às multas e/ou indenizações devidas por parte da CREDENCIADA.

8.28.30 O desconto de qualquer valor no pagamento devido à CREDENCIADA será precedido de processo administrativo em que será garantido o contraditório e a ampla defesa, com os recursos e meios que lhes são inerentes.

8.28.31 É vedado à CREDENCIADA transferir a terceiros os direitos ou créditos decorrentes do credenciamento.

8.28.32 Caso o procedimento seja autorizado pelo HFA e não conste de nenhuma das tabelas CBHPM, caberá negociação entre as partes quanto aos valores a serem praticados, mediante formalização por Termo Aditivo ao Credenciamento, com base em ampla consulta de preços ao mercado.

8.28.33 Não é permitido à CREDENCIADA cobrar o beneficiário de maneira particular por quaisquer serviços que tenham sido autorizados previamente pelo HFA e que ainda estão sob análise da equipe de auditoria da CREDENCIANTE.

8.28.34 Não é permitido à CREDENCIADA solicitar ao beneficiário depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outros títulos de crédito, no ato ou anteriormente à prestação do serviço conforme Resolução Normativa 44/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

8.28.35 Aplicam-se ao presente Manual, independente de transcrição, as disposições emanadas de quaisquer Órgãos Reguladores que se apliquem à assistência à saúde, tais como, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Conselhos de Classe Profissionais, entre outros.

8.28.36 A avaliação da execução do objeto será realizada pela Equipe de fiscalização do contrato, através de relatório mensal de ateste das notas fiscais, para aferição da qualidade da prestação dos serviços, devendo haver o redimensionamento no pagamento, sempre que a CREDENCIADA:

8.28.36.1 Não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas;

8.28.36.2 Deixar de utilizar materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizá-los com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

8.28.37 Nos termos do item 1, do Anexo VIII-A da Instrução Normativa SEGES/MP nº 05, de 2017, será indicada a retenção ou glosa no pagamento, proporcional à irregularidade verificada, sem prejuízo das sanções cabíveis, caso se constate que a CREDENCIADA:

8.28.37.1 Não produziu os resultados acordados;

8.28.37.2 Deixou de executar as atividades contratadas, ou não as executou com a qualidade mínima exigida;

8.28.37.3 Deixou de utilizar os materiais e recursos humanos exigidos para a execução do serviço, ou utilizou-os com qualidade ou quantidade inferior à demandada.

Registre-se que ficou comprovada a legalidade do feito, estando os autos em consonância com as normas aplicáveis.

Os demais itens e subitens do citado Edital permanecem inalterados.

ANA CLAUDIA SANTOS DE AZEVEDO IZIDORO - Cel Dent (EB)
Chefe da Seção de Auditoria Médica

JORGE ANTONIO CARVALHO FEIJÓ - Cel Med R/1
Chefe da Subdivisão de Saúde Suplementar do HFA

ALBERTO MAGALHÃES NASCIMENTO - Cel R/1 (EB)
Ordenador de Despesas do Hospital das Forças Armadas

"HFA: UNINDO FORÇAS PELA SAÚDE"



Documento assinado eletronicamente por **Jorge Antonio Carvalho Feijó, Chefe**, em 04/09/2025, às 16:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República.



Documento assinado eletronicamente por **Alberto Magalhães Nascimento, Ordenador de Despesas**, em 04/09/2025, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Santos de Azevedo Izidoro, Chefe**, em 05/09/2025, às 07:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.defesa.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, o código verificador **8286476** e o código CRC **8C2AD787**.
