



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
BASE AÉREA DE FORTALEZA

TERMO DE CREDENCIAMENTO PARA PESSOAS JURÍDICAS NA ÁREA DE SAÚDE

CREDENCIANTE: UNIÃO / MINISTÉRIO DA DEFESA / COMANDO DA AERONÁUTICA / BASE AÉREA DE FORTALEZA.

CREDENCIADO: HDOC INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E SERVICOS HOSPITALARES LTDA.

OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR AOS USUÁRIOS DO FUNDO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA (FUNSA).

NATUREZA: OSTENSIVA.

VIGÊNCIA: 07/11/2024 A 07/11/2034.

VALOR ESTIMADO: R\$ 30.000.000,00 (TRINTA MILHÕES DE REAIS).

REGIME DE EXECUÇÃO: INDIRETA, EMPREITADA POR PREÇO UNITÁRIO.

PROCESSO: Nº 67221.006729/2024-41.

TERMO DE CREDENCIAMENTO: Nº 031/BAFZ - GSAU-FZ/2024.

A União, Base Aérea de Fortaleza - Grupo de Saúde de Fortaleza, com sede na Av. Borges de Melo, nº 205 - Aeroporto, CEP 60.415-513 – Fortaleza/CE, neste ato representado pelo Ordenador de Despesas, Maj Int EVERTON FARIA DE OLIVEIRA, nomeado pela Portaria COMPREP nº 156/SPOG-10, de 18 de outubro de 2023, publicado no Boletim Ostensivo nº 40, de 27 de fevereiro de 2024, portador da matrícula nº 388213-6, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIANTE, e de outro lado a pessoa jurídica HDOC INTERMEDIACAO DE NEGOCIOS E SERVICOS HOSPITALARES LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 41.352.823/0001-63, estabelecida neste ato à Rua Rocha Lima, nº 231 – Centro – 231 A, CEP 60.135-000 - Fortaleza-CE, representada pelo seu Responsável Legal, o Senhor GLEYSON SILVA DE MOURA, conforme atos constitutivos da empresa, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado CREDENCIADO, têm entre si justo e contratado, nos termos da legislação infraconstitucional constante do Edital de Credenciamento, que integram o presente Termo de Credenciamento, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. A finalidade deste contrato é garantir aos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica e seus dependentes, nas condições especificadas neste instrumento e no edital.

1.1.1. O objeto contratual abrange a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar aos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), nos termos definidos pela legislação aplicável.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA VINCULAÇÃO AO EDITAL

2.1. Este instrumento está vinculado ao Edital de Credenciamento da BASE AÉREA DE FORTALEZA / GRUPO DE SAÚDE DE FORTALEZA nº 5/2024 do qual é parte integrante, bem como seus anexos.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO FUNDAMENTO LEGAL

3.1. A presente contratação fundamenta-se nos arts. 74, caput, e Art. 79, Inciso II, todos da Lei nº 14.133/2021 - inexigibilidade de licitação.

CLÁUSULA QUARTA - DO REGIME DE EXECUÇÃO

4.1. As condições gerais de execução dos serviços constam no item 07 do “REGIME DE EXECUÇÃO”, do edital de credenciamento, observadas as regras especiais abaixo registradas.

4.1.1. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao CREDENCIANTE a relação dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe, cadastrados e autorizados por parte do CREDENCIADO para atender aos beneficiários deste contrato nas respectivas profissões e especialidades.

4.1.1.1. O CREDENCIADO obriga-se a manter junto ao CREDENCIANTE uma relação atualizada dos profissionais que integram seu corpo clínico, com seus respectivos registros nos conselhos de classe.

4.1.1.2. Quando o corpo clínico do CREDENCIADO for constituído, em parte ou no seu todo, por meio de cooperativa vinculada, esta deverá apresentar a relação acima descrita, cumpridas as formalidades postas, diretamente para o CREDENCIANTE.

4.1.2. Os serviços contratados serão prestados diretamente por profissional da própria pessoa jurídica, entendendo-se como:

4.1.2.1. O membro do corpo clínico do CREDENCIADO

4.1.2.2. O que tenha vínculo de emprego com o CREDENCIADO;

4.1.2.3. O autônomo que presta serviço ao CREDENCIADO.

4.1.3. Equipara-se ao subitem 4.1.2.3, o profissional de saúde integrante de pessoa jurídica que exerça atividades na área de saúde, em caráter regular, nas instalações do CREDENCIADO.

4.1.4. O CREDENCIADO se obriga a atender os beneficiários do CREDENCIANTE em condições iguais de atendimento aos demais usuários de seus serviços, constituindo infração contratual a discriminação de qualquer natureza.

4.1.5. Os usuários poderão notificar ao CREDENCIANTE qualquer irregularidade verificada na prestação dos serviços e/ou faturamento.

4.1.6. O CREDENCIADO se obriga a fornecer, quando solicitado pelo CREDENCIANTE, documentos médico-legais, justificativa para exames, lista de pacientes internados e quaisquer outros documentos pertinentes segundo as normas de regulamentação vigentes.

4.1.7. O serviço de Auditoria do GRUPO de Saúde de Fortaleza possuirá o poder de vistorias, de forma irrestrita, toda a documentação nosológica do beneficiário, bem como a documentação contábil e fiscal pertinente a este contrato.

CLÁUSULA QUINTA - DOS PREÇOS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. Os serviços e o fornecimento agregado serão remunerados, conforme item 8 do edital e em consonância também com o Termo de Referência.

5.1.1. Registrem-se abaixo regras de contraprestação específicas a este tipo de contrato.

5.1.2. O CREDENCIADO acolherá por contraprestação os pacotes de prestação de serviços enumerados a seguir:

5.1.3. Medicamentos: valores acordados nos parâmetros constantes da coluna Preço Fábrica (PF), na coluna de 18% (dezoito por cento), da Lista de Preços de Medicamentos para compras públicas, estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/ANVISA), com acréscimo de 20% (vinte por cento) a título de remuneração pelos serviços de seleção, armazenamento, distribuição, manipulação, dispensação e controle do estoque de medicamentos.

5.1.3.1. Para medicamentos não constantes da revista CMED: preço de nota fiscal de compra, acompanhado de pesquisa ao mercado distribuidor, admitindo-se o acréscimo de 15% (quinze por cento) a título de remuneração pelos serviços de seleção, armazenamento, distribuição, manipulação, dispensação e controle do estoque de medicamentos.

5.1.4. Deverá constar, na nota fiscal, referente a medicamentos de preço livre ou materiais não constantes de tabela referenciada, averbação com referência ao nome do paciente, nome do médico responsável e a data da realização do ato médico.

5.1.5. O CREDENCIADO se obriga a apresentar ao GRUPO DE SAÚDE DE FORTALEZA, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à realização do exame/procedimento, a fatura digital em nome da BASE AÉREA DE FORTALEZA, anexando todos os comprovantes de despesas relativos aos atendimentos prestados até o último dia do mês considerado, discriminando número de ordem, data, número da guia de encaminhamento, nome do usuário, número do código pessoal (SARAM) do titular do cartão, código da tabela CBHPM, valor em R\$ (reais) e relatório de conferência, através do e-mail contasmedicasfunsa@gmail.com.

CLÁUSULA SEXTA - DA ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS

6.1. O critério de atualização dos preços contratados consta no item 09 “Do Reajuste”, do edital de credenciamento e em conformidade com o Termo de Referência.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA VIGÊNCIA

7.1. O prazo de vigência deste Termo de Contrato é fixado no Edital, **com início na data de 07/11/2024 e encerramento em 07/11/2034**. Após tal prazo deverá ser providenciado novo instrumento contratual.

7.2. Os contratos poderão ser alterados, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133, de 2021.

7.3. Incumbirá à CREDENCIANTE providenciar a publicação do ato que autoriza a Inexigibilidade de Licitação no Portal Nacional de Contratações Públicas - PNCP, bem como do contrato e seus aditamentos no prazo de 10 (dez) dias contados da data de sua assinatura, conforme previsto no art. 72 parágrafo único e no art. 94, II da Lei nº 14.133, de 2021.

CLÁUSULA OITAVA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. Os recursos previstos para os pagamentos dos atendimentos do presente contrato constam do programa de trabalho para os beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA).

8.1.1. A despesa foi empenhada à conta do crédito acima consignado, por meio da Nota de

Empenho.

CLÁUSULA NONA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL

9.1. A fiscalização ou o acompanhamento da execução deste instrumento contratual não exclui nem reduz a responsabilidade do CREDENCIADO.

9.1.1. A responsabilidade a que se refere a presente Cláusula estende-se à reparação de dano eventual de instalações, equipamentos e/ou aparelhagens, essenciais à prestação dos serviços que compõem o objeto deste Contrato.

9.1.2. O CREDENCIADO será responsável, civil e penalmente, pelos danos causados aos pacientes, por terceiros vinculados, decorrentes de omissão, voluntária ou não, negligência, imperícia ou imprudência.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS SANÇÕES

10.1. As sanções aplicáveis restam previstas no Item 12 - “Das Sanções” - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1. O presente contrato poderá ser rescindido nas hipóteses do item 13 – “Da Rescisão” - do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIANTE

12.1. As obrigações constam da Seção 10 - “Obrigações do Credenciante” do edital de credenciamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO

13.1. As obrigações constam da Seção 11 - “Obrigações do Credenciado” – do edital de credenciamento, **e ainda as Obrigações pertinentes à LGPD:**

13.1.1. As partes deverão cumprir a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), quanto a todos os dados pessoais a que tenham acesso em razão do certame ou do contrato administrativo que eventualmente venha a ser firmado, a partir da apresentação da proposta no procedimento de contratação, independentemente de declaração ou de aceitação expressa;

13.1.2. Os dados obtidos somente poderão ser utilizados para as finalidades que justificaram seu acesso e de acordo com a boa-fé e com os princípios do art. 6º da LGPD;

13.1.3. É vedado o compartilhamento com terceiros dos dados obtidos fora das hipóteses permitidas em Lei;

13.1.4. A Administração deverá ser informada no prazo de 5 (cinco) dias úteis sobre todos os contratos de suboperação firmados ou que venham a ser celebrados pelo Contratado;

13.1.5. Terminado o tratamento dos dados nos termos do art. 15 da LGPD, é dever do contratado eliminá-los, com exceção das hipóteses do art. 16 da LGPD, incluindo aquelas em que houver necessidade de guarda de documentação para fins de comprovação do cumprimento de obrigações legais ou contratuais e somente enquanto não prescritas essas obrigações;

13.1.6. É dever do contratado orientar e treinar seus empregados sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD;

13.1.7. O Contratado deverá exigir de suboperadores e subcontratados o cumprimento dos deveres da presente cláusula, permanecendo integralmente responsável por garantir sua observância;

13.1.8. O Contratante poderá realizar diligência para aferir o cumprimento dessa cláusula, devendo o Contratado atender prontamente eventuais pedidos de comprovação formulados;

13.1.9. O Contratado deverá prestar, no prazo fixado pelo Contratante, prorrogável justificadamente, quaisquer informações acerca dos dados pessoais para cumprimento da LGPD, inclusive quanto a eventual descarte realizado;

13.1.10. Bancos de dados formados a partir de contratos administrativos, notadamente aqueles que se proponham a armazenar dados pessoais, devem ser mantidos em ambiente virtual controlado, com registro individual rastreável de tratamentos realizados (LGPD, art. 37), com cada acesso, data, horário e registro da finalidade, para efeito de responsabilização, em caso de eventuais omissões, desvios ou abusos;

13.1.11. Os referidos bancos de dados devem ser desenvolvidos em formato interoperável, a fim de garantir a reutilização desses dados pela Administração nas hipóteses previstas na LGPD;

13.1.12. O contrato está sujeito a ser alterado nos procedimentos pertinentes ao tratamento de dados pessoais, quando indicado pela autoridade competente, em especial a ANPD por meio de opiniões técnicas ou recomendações, editadas na forma da LGPD;

13.1.13. Os contratos e convênios de que trata o § 1º do art. 26 da LGPD deverão ser comunicados à autoridade nacional.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ACOMODAÇÕES PARA INTERNAÇÃO (Para credenciamentos que assim exijam)

14.1. Os padrões de acomodações hospitalares para os beneficiários do FUNSA e seus dependentes serão, de acordo com a disponibilidade, os seguintes:

14.1.1. Para Oficiais e seus dependentes: apartamento;

14.1.2. Para Graduados/Praças e seus dependentes: enfermaria;

14.1.3. Os militares da reserva remunerada ou reformados, que percebem vencimentos de grau hierárquico superior ao seu ou os pensionistas nesta mesma situação tem direito à utilização dos padrões de acomodações referentes ao valor descontado.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA NEGAÇÃO DE REMUNERAÇÃO A MILITARES

15.1. O militar, estando na ativa, não poderá receber remuneração, honorários, complementação destes ou pagamento por serviços profissionais prestados ao beneficiário atendido sob a regência do presente Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA SUBCONTRATAÇÃO

16.1. É permitido à CREDENCIADA subcontratar parte dos serviços objeto deste Credenciamento, conforme item 2.3 do Edital.

16.1.1. O subcontratado deverá preencher os requisitos de habilitação, pertinentes a sua empresa, postos no Edital.

16.1.2. A subcontratação não liberará o CREDENCIADO de suas responsabilidades contratuais e legais, quanto ao objeto subcontratado.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO VALOR DO CONTRATO

17.1. O valor global estimado para fazer face às despesas relativas ao objeto deste credenciamento terá como base o levantamento estimativo dos encaminhamentos que foram realizados nos últimos doze meses pelo GRUPO DE SAÚDE DE FORTALEZA, nos contratos anteriores.

17.1.1. O valor estimado deste contrato deverá ser tratado apenas como dado estatístico, fruto da evolução da despesa no período citado, bem como forma de determinar a base de cálculo para aplicação de penalidades previstas neste contrato;

17.1.2. O valor estimado deste contrato não poderá servir de base rígida para a apresentação da Nota Fiscal/Fatura Mensal, já que o total de gastos do mês dependerá dos atendimentos e serviços prestados no respectivo período, em consonância com o regime de empreitada por preço unitário;

17.1.3. O CREDENCIADO aquiesce, desde já, a redução do valor do contrato a monta realmente executada, ainda que acarrete redução para além do limite permitido na Lei nº 14.133, de 2021, observado que inexistirá expectativa de direito quanto ao valor estimado.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

18.1. O foro para dirimir questões relativas ao presente Credenciamento será o do município de FORTALEZA/CE, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

18.1.1. E, por estarem justos e contratados, preparam o presente Termo de Credenciamento, em 02 (duas) vias de igual teor, para um só efeito, o qual, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes signatárias contratantes e por duas testemunhas, para que produza seus efeitos legais, comprometendo-se as partes, a cumprir e fazer cumprir o que ora é pactuado, em todas suas cláusulas e condições.

Fortaleza, 07 de novembro de 2024.

Pelo CREDENCIANTE

EVERTON FARIA DE OLIVEIRA Maj Int
Ordenador de Despesas

Pelo CREDENCIADO

GLEYSON SILVA DE MOURA
Representante legal

Documento assinado digitalmente
GLEYSON SILVA DE MOURA
Data: 14/11/2024 14:29:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

TESTEMUNHAS

RODRIGO MARQUES DA SILVA 1º Ten Int
Agente de Controle Interno

DANIEL DA SILVA COSTA 2º TEN QOEA SVA
Gestor de Execução do Credenciamento

NATÁLIA DO RÊGO BARROS LOTH BENTO 2º TEN QOCON ADM
Gestor Substituto de Execução do Credenciamento

ANEXO I
TERMO DE CREDENCIAMENTO HDOC
SUMÁRIO

1. Apresentação

2. Tabela, Índices e Valores

2.1. Consultas Médicas

2.2. Especialidades Médicas

2.3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT)

2.4. Medicamentos

2.5. Materiais Descartáveis

2.6. Dieta Enteral, Parenteral e Gêneros Alimentícios

2.7. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

2.8. Fisioterapia

2.9. Fonoaudiologia

2.10. Psicologia

2.11. Terapia Ocupacional

2.12. Acomodações Hospitalares

2.13. Diárias Hospitalares

2.14. Taxas de Sala

2.15. Hemodiálise

2.16. Quimioterapia e Radioterapia

2.17. Taxas de Utilização de Equipamentos

2.18. Gasoterapia

2.19. Transporte de Pacientes

1. Apresentação

1.1. Este anexo tem por finalidade discriminar as tabelas, índices, valores e conceituações necessárias a prestação de serviços hospitalares aos usuários do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), do Grupo de Saúde da Base Aérea de Fortaleza (GSAU-FZ).

1.2. Aplicam-se ao presente Anexo todas as disposições contidas no Edital de Credenciamento 05/2024. Caso o serviço ofertado pelo hospital não se apresente discriminado neste Anexo, mas esteja contemplado no Edital, este poderá ser realizado, obedecendo todas as regras. Do mesmo modo, algum serviço que esteja discriminado neste Anexo e não seja realizado pelo hospital, não tendo sido apresentado na Carta Proposta, não será exigida, portanto, a execução do mesmo.

1.3. Para todos os serviços aqui acordados, se faz necessária, para sua cobrança, a anexação da Guia de Autorização do Beneficiário (GAB) emitida pelo Fundo de Saúde (FUNSA) do Grupo de Saúde da Base Aérea de Fortaleza (GSAU-FZ).

2. Tabela, Índices e Valores

2.1. Consultas Médicas

2.1.1. Nas especialidades não citadas nas tabelas a seguir, será utilizado como referencial de preço a **CBHPM ano 2016** com valoração conforme comunicado oficial de 18 de outubro de 2016 no valor de R\$ 91,65 (noventa e um reais e sessenta e cinco centavos).

2.1.2. Consulta Médica Ambulatorial:

CONSULTA	ESPECIALIDADE MÉDICA	VALOR
Grupo 1	Cardiologia, Vascular/Angiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Hematologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia	R\$ 91,65
Grupo 2	Alergologia, Endocrinologia, Nefrologia, Urologia, Gastroenterologia/Proctologia e Cirurgia Geral	R\$ 104,64
Grupo 3	Pediatria, Neurologia/Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Plástica	R\$ 167,43

2.1.3. Consulta Médica em Pronto Socorro ou Visita Hospitalar do Prescritor à paciente internado:

ESPECIALIDADE	PRONTO SOCORRO	VISITA (ENFERMARIA)	VISITA (APARTAMENTO)
Corpo Clínico	R\$ 104,64	R\$ 71,68	R\$ 143,36

2.1.4. Consulta Médica em Pronto Socorro, Visita Hospitalar e Parecer das especialidades médicas, independente da acomodação:

ESPECIALIDADE MÉDICA	VALOR
Otorrinolaringologista, Gastroenterologista e Coloproctologista e demais	R\$ 104,64

especialidades	
Endocrinologista, Urologista, Psiquiatra e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	R\$ 167,43
Arritmologista, Neurologista/Neurocirurgião e Cirurgias Torácico e Oncológico	R\$ 267,06

2.1.5. Os honorários médicos referentes a procedimentos, em geral, pagos diretamente aos hospitais ou clínicas, e não através das cooperativas médicas, corresponderão às normas constantes na tabela **CBHPM 2014**, com valoração conforme comunicado oficial do ano de outubro de 2015 a outubro de 2016.

2.2. Especialidades Médicas

2.2.1. Os honorários médicos da especialidade de **HEMODINÂMICA** (Cardiologia Intervencionista) serão remunerados de acordo com a tabela própria a seguir.

2.2.1.1. Os valores dos pacotes abaixo mencionados **não** incluem: hemoderivados e hemocomponentes, exames laboratoriais e anátomo-patológicos, exames radiodiagnósticos, terapias afins, honorários médicos, exceto o plantão de UTI, órteses e próteses.

DESCRIÇÃO	VALOR
Pacote de Cateterismo Via Braquial com Contraste Iônico	R\$ 3.086,08
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento, Contraste Iônico, Gasoterapia.	
Pacote de Cateterismo Via Braquial com Contraste Não Iônico	R\$ 3.302,11
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento, Contraste Não Iônico, Gasoterapia.	
Cateterismo Via Femural com Contraste Iônico	R\$ 3.899,40
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Iônico, Gasoterapia.	
Cateterismo Via Femural com Contraste Não Iônico	R\$ 4.158,92
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Não Iônico, Gasoterapia.	
Arteriografia Cerebral com Contraste Iônico	R\$ 2.960,83
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Iônico, Gasoterapia.	
Arteriografia Cerebral com Contraste Não Iônico	R\$ 3.506,07
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento, Contraste Não Iônico, Gasoterapia.	
Arteriografia Membros com Contraste Iônico	R\$ 2.152,76
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Iônico, Gasoterapia.	
Arteriografia Membros com Contraste Não Iônico	

Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Não Iônico, Gasoterapia.	R\$ 2.566,53
Arteriografia Renal com Contraste Iônico	
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento (exceto Stent), Contraste Iônico, Gasoterapia.	R\$ 2.152,76
Arteriografia Renal com Contraste Não Iônico	
Incluso: Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais próprios do procedimento, Contraste Não Iônico, Gasoterapia.	R\$ 2.566,53
Angioplastia Coronariana - Via Braquial - Contraste Iônico - com Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Iônico, Gasoterapia.	R\$ 8.371,88
Angioplastia Coronariana - Via Braquial - Contraste Não Iônico - com Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Não Iônico.	R\$ 8.760,68
Angioplastia Coronariana - Via Femural - Contraste Iônico - com Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Iônico.	R\$ 9.484,12
Angioplastia Coronariana - Via Femural - Contraste Não Iônico - com balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Não Iônico.	R\$ 9.900,18
Angioplastia Coronariana - Via Braquial - Contraste Iônico - sem balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Iônico.	R\$ 7.187,90
Angioplastia Coronariana - Via Braquial - Contraste Não Iônico - sem Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Não Iônico.	R\$ 7.289,49
Angioplastia Coronariana - Via Femural - Contraste Iônico - sem Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Iônico.	R\$ 7.723,94
Angioplastia Coronariana -Via Femural - Contraste Não Iônico - sem Balão	
Incluso: Diária de UTI (01), Atendimento do Intensivista Diarista, Diária de Apartamento (01), Taxa de Equipamentos, Taxa de Sala Cirúrgica, Materiais, Medicamentos, Materiais Especiais, Contraste Não Iônico.	R\$ 8.114,83

2.2.1.2. Os procedimentos não constantes na tabela acima serão remunerados de acordo com **CBHPM 2016 plena**, independente da acomodação.

2.2.2. Os honorários médicos da especialidade de **OBSTETRÍCIA** e **GINECOLOGIA** serão remunerados conforme codificação e instruções da tabela **CBHPM 2012**, com valoração conforme comunicado oficial do ano de outubro de 2013 a outubro de 2014.

2.2.2.1. Os partos Cesário e Vaginal serão remunerados de acordo com a tabela própria abaixo:

Cesariana (Urgência e Emergência)	Apartamento	Enfermaria
Incluso diárias de Apartamento/Enfermaria (02), Diária de Berçário (01), Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Gasoterapia, Berço aquecido fora da UTI Neonatal, materiais, medicamentos utilizados nas unidades descritas.	R\$ 4.774,05	R\$ 4.243,60
Parto Vaginal (Urgência e Emergência)		
Incluso diárias de Apartamento/Enfermaria (02), Diária de Berçário (01), Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Gasoterapia, Berço aquecido fora da UTI Neo, materiais, medicamentos utilizados nas unidades descritas.	R\$ 4.774,05	R\$ 4.243,60
Cesariana (Eletiva)		
Incluso diárias de Apartamento/Enfermaria (02), Diária de Berçário (01), Taxa de Sala Cirúrgica, Taxa de Equipamentos, Gasoterapia, Berço aquecido fora da UTI Neonatal, materiais, medicamentos utilizados nas unidades descritas.	R\$ 4.031,42	R\$ 3.607,03

2.2.2.2. Compreende: Todos os itens da Taxa de Sala descritos no item **19.1.1** do Referencial de Custo (**Anexo B**), do Edital de Credenciamento. bem como mesa e acessórios para cuidados e/ou reanimação do recém-nascido (RN), cuidados de higiene do RN, assepsia e antisepsia (equipe e paciente) – inclusive antissépticos e materiais, EPI, instalações físicas (sala e ambientes de apoio), limpeza e desinfecção ambiental.

2.2.3. Os honorários médicos da especialidade de **CIRURGIA GERAL** e **CIRURGIAS DE TRAUMATO ORTOPEDIA** serão remunerados de acordo com a tabela **CBHPM 2012**, com valoração conforme comunicado oficial do ano de outubro de 2013 a outubro de 2014.

2.2.3.1. As Colecistectomias e Apendicectomias serão remunerados por pacotes, de acordo com tabela própria. Estão inclusos taxa de sala cirúrgica, taxa de equipamentos, materiais, medicamentos, materiais especiais próprios do procedimento e gasoterapia.

2.2.3.2. Valores:

DESCRIÇÃO	VALOR
Colecistectomia com Colangiografia Convencional	R\$ 2.789,02
Colecistectomia com Colangiografia por Vídeo	R\$ 3.207,37
Colecistectomia sem Colangiografia Convencional	R\$ 2.370,66
Colecistectomia sem Colangiografia por Vídeo	R\$ 2.726,26
Apendicectomia Convencional	R\$ 2.460,34
Apendicectomia por Vídeo	R\$ 2.829,28

2.2.3.3. Os valores **não** incluem: hemoderivados e hemocomponentes, exames laboratoriais e anátomo-patológicos, exames radio-diagnósticos, terapias afins, honorários médicos exceto o plantão de UTI, órte-

es e próteses.

2.3. Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT)

2.3.1. Para SADT (exames laboratoriais, radiodiagnóstico e medicina nuclear) será pago em conformidade com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) 2010 com valoração conforme Comunicado Oficial do ano de outubro de 2010 a outubro de 2011 com redutor de 20% (vinte por cento) na UCO.

2.3.2. Para SADT não constantes da CBHPM 2010, não contratualizados ou novos, como no caso de sorologias e exames específicos para doenças emergentes, serão remunerados pela tabela CBHPM com a edição em que conste o evento, com redutor de redutor de 20% (vinte por cento) na UCO, e filme radiológico adotado conforme valor de metro quadrado do Colégio Brasileiro de Radiologia vigente à época do atendimento.

2.3.3. Para radiodiagnóstico, composto por exames radiológicos, ultrassom, tomografia e ressonância magnética, será calculado por procedimento e não por incidência. Deve ser informada na fatura apenas a quantidade de vezes que o procedimento foi realizado, pois o valor do filme já é calculado para o pagamento ao CREDENCIADO. Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames cujo contraste não é previsto, somente serão remunerados se sua indicação estiverem prescritos na requisição médica.

2.3.4. Para medicina nuclear, será adotada a tabela própria com honorários médicos com UCO e/ou Filme Radiológico remunerados da seguinte forma:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
40701085	Cintilografia sincronizada de câmaras cardíacas - repouso	R\$ 308,02
40701093	Cintilografia de fluxo sanguíneo das extremidades	R\$ 113,73
40702057	Cintilografia para detecção de hemorragia digestória não ativa	R\$ 416,65
40701107	Quantificação de “shunt” da direita para esquerda	R\$ 204,44
40702014	Cintilografia glândulas salivares	R\$ 302,80
40702022	Cintilografia de fígado e baço	R\$ 177,80
40702030	Cintilografia de fígado e vias biliares	R\$ 390,34
40702090	Cintilografia p/ divertículo Meckel	R\$ 198,91
40702073	Cintilografia digestiva esvaziamento esofágico (líquidos)	R\$ 232,48
40702081	Cintilografia esvaziamento esofágico (semi-sólidos)	R\$ 232,70
40702065	Esvaziamento gástrico	R\$ 258,49
40702103	Refluxo gastro-esofágico	R\$ 251,72
40702111	Cintilografia de fluxo sanguíneo hepático	R\$ 87,55
40703029	Cintilografia tireóide com ou sem captação 131 I	R\$ 292,53
40703037	Cintilografia tireóide com ou sem captação 99m TC	R\$ 256,19
40703037	Pesquisa metástases corpo total	R\$ 473,63
40703061	Teste estímulo da tireóide com TSH	R\$ 242,27
40703070	Teste supressão da tireóide com T3	R\$ 213,19
40703088	Teste de perclorato	R\$ 201,15
40703045	Cintilografia de paratireóide	R\$ 422,88
40704033	Cintilografia renal (quantitativa/qualitativa)	R\$ 170,86

40704050	Cistografia direta	R\$ 194,68
40704068	Cistografia indireta	R\$ 288,63
40704041	Cintilografia testicular (escrotal)	R\$ 167,03
40704017	Estudo renal dinâmico	R\$ 202,76
40704025	Estudo renal dinâmico com diurético / Renograma	R\$ 287,30
40705013	Cintilografia sistema reticuloendotelial	R\$ 124,31
40701093	Cintilografia de articulações e/ou extremidades	R\$ 113,73
40706010	Cintilografia óssea (corpo total)	R\$ 218,83
40706028	Fluxo sanguíneo ósseo	R\$ 71,04
40707016	Cintilografia cerebral	R\$ 142,73
40707040	Cisternocintilografia	R\$ 538,55
40707083	Ventriculocintilografia	R\$ 356,87
40707067	Fluxo sanguíneo cerebral	R\$ 79,68
40707032	Perfusão cerebral	R\$ 344,26
40708020	Cintilografia com gálio 67	R\$ 329,34
40708101	Linfocintilografia	R\$ 150,33
40708110	Qualificação da captação pulmonar do gálio-67	R\$ 314,01
40709019	Aspiração pulmonar	R\$ 98,95
40709035	Cintilografia pulmonar (perfusão)	R\$ 159,95
40711013	Dacriocintilografia	R\$ 113,27
40708047	Cintilografia com MIBG (metaiodobenzilguanidina)	R\$ 364,89
40701140	Cintilografia do miocárdio perfusão – estresse físico	R\$ 626,51
40701131	Cintilografia do miocárdio perfusão – estresse farmacológico	R\$ 626,51
40710041	Tratamento do Câncer da Tireoide	R\$ 388,93
40710050	Tratamento do Hipertireoidismo-graves	R\$ 227,38
40710068	Tratamento do Hipertireoidismo-plummer	R\$ 227,38
40710076	Tratamento de Metástase óssea-estrôncio	R\$ 281,75
40708128	PET dedicado oncológico	R\$ 5.148,94

2.3.4.1. Os procedimentos não constantes na tabela própria acima adotarão a codificação da tabela **CBHPM 2010** com valoração conforme comunicado oficial do ano de outubro de 2010 a outubro de 2011 com redutor de 20% (vinte por cento) na UCO.

2.3.4.2. Os insumos radioativos (UR) serão remunerados conforme tabela BRASÍNDICE, Edição 1.000 - Preço de Fábrica.

2.3.4.3. Para as Cintilografias do miocárdio perfusão (repouso e estresse - físico e farmacológico) estão inclusos os honorários médicos, filme radiológico, materiais e medicamentos, unidade radiofármaco, logística e todos os equipamento de proteção individual.

2.3.4.4. Para o PET dedicado oncológico está incluso honorários médicos (PET dedicado oncológico e Tomografia Computadorizada para PET dedicado oncológico), filme radiológico, materiais e medicamentos, unidade radiofármaco, logística e todos os equipamento de proteção individual.

2.3.5. Para serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, em que seja necessário uso de filme radiológico, adotar-se-á a tabela do Colégio Brasileiro de Radiologia, vigente à época do atendimento.

2.3.6. Quando o procedimento do atendimento não constar da tabela CBHPM referenciada, será adotada tabela CBHPM ao qual o procedimento estiver contemplado, respeitando os parâmetros de redução ou majoração conforme contratualizado.

2.3.7. Exames laboratoriais a partir de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) deverão ser previamente autorizados mediante justificativa clínica encaminhada para o e-mail da Subseção de Auditoria Prospectiva (auditoriascam@gmail.com).

2.4. Medicamentos

2.4.1. Para soros, radiofármacos, medicamentos especiais, de uso restrito hospitalar e de uso geral serão utilizados os valores estabelecidos pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED/ANVISA), em tabela própria, publicados no site da Anvisa e vigentes na data de sua utilização. Deverão ser considerados os valores apresentados na coluna Preço de Fábrica (PF), na coluna de 18% (dezoito por cento) do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), acrescido de 20% (vinte por cento) a título de taxa pelos serviços de seleção, programação, armazenamento, distribuição, manipulação, fracionamento, unitarização, dispensação, controle e aquisição seguindo as regras definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS - RN nº 241 de 03/12/2010). Os medicamentos que não constarem na CMED serão cobrados pelo preço de nota fiscal acrescido de 15% (quinze por cento).

2.4.2. Caso o item não conste na tabela da CMED, deverá ser adquirido mediante autorização prévia do CREDENCIANTE, pelo preço justo de mercado, com apresentação das respectivas Notas Fiscais. Caso o medicamento esteja incluído na composição de taxas ou pacotes o mesmo não poderá ser cobrado separadamente.

2.4.3. Antibióticos e medicamentos de alto custo, considerando o valor unitário a partir de R\$ 200,00 (duzentos reais) como parâmetro para alto custo, sempre deverão ter autorização prévia para a sua utilização, mediante justificativa clínica encaminhada para o e-mail da Subseção de Auditoria Prospectiva (auditoriascam@gmail.com). Nos casos de urgências e emergências, devidamente comprovadas, não haverá necessidade dessa autorização, porém o uso do medicamento deverá ser informado nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia útil subsequente ao evento e a caracterização do quadro de urgência poderá ser alvo de confirmação com auditoria *in loco*.

2.4.3.1. Antibióticos como Meropenem, Targocid, Fluconazol EV, Tazocin, Ganciclovir, Zyvox, Mycamine, Voriconazol, Levofloxacino EV, Polimixina B, Ertapenem terão as primeiras 72 (setenta e duas) horas aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. O parecer de infectologista e exames de cultura poderão ser solicitados pela subseção de Auditoria Prospectiva para a sua manutenção;

2.4.3.2. Torgena, Anfotericina B lipossomal (Ambisome), Ecalta e Cancidas necessitarão de parecer por escrito do infectologista e exames de cultura que justifiquem a sua indicação desde o princípio do tratamento;

2.4.4. Medicamentos como Albumina Humana, Eritropoetina, Tenecteplase, Filgrastin (Granulokine), Mathergan, Actilyse, Precedex, Sandostatin, Terlipressina, Beriplex terão as primeiras 72 (setenta e duas) horas aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. Parecer de especialistas e exames poderão ser solicitados pela auditoria médica para a sua manutenção;

2.4.5. Para a especialidade de Neonatologia, o Surfactante (Curosurf) terá as primeiras 72 (setenta e duas) horas aprovadas, porém a continuidade necessitará de autorização. Parecer de especialista poderá ser solicitado pela auditoria médica para a sua manutenção.

2.4.6. O medicamento Imunoglobulina precisará de prévia autorização. Para tanto, necessita de relatório médico, peso do paciente e prescrição para a sua análise.

2.4.7. Para quimioterápicos/antineoplásicos fica definido, conforme ANVISA, o fracionamento de medicamentos, que deverá ser fornecido segundo as necessidades do paciente, mesmo que em quantidade distinta da embalagem original. O faturamento dos medicamentos será proporcional à quantidade fracionada, utilizada. Os casos não passíveis de fracionamento serão analisados conjuntamente e autorizados de acordo com prévia justificativa médica ou do credenciado.

2.4.8. A taxa de administração de quimioterápicos/antineoplásicos, imunobiológicos e imuno-oncológicos, será paga de acordo com a tabela CMED, referente ao período da prestação do serviço, Preço de Fábrica (PF) na coluna de 18% (dezoito por cento) do ICMS, majorada em 24% (vinte e quatro por cento). Os medicamentos que não constarem na tabela CMED deverão ser negociados e autorizados previamente com a mesma taxa de administração.

2.4.9. As frações de cobranças dos medicamentos utilizados deverão seguir o seguinte:

2.4.9.1. Comprimidos e cápsulas por unidades indivisíveis a cada administração;

2.4.9.2. Ampolas por ampola indivisível a cada administração;

2.4.9.3. Frasco ampola por frasco ampola indivisível a cada tratamento de até 24 (vinte e quatro) horas;

2.4.9.4. Pomadas por bisnaga indivisível a cada tratamento e pelo menor volume de apresentação;

2.4.9.5. Xaropes, suspensões e similares por frasco indivisível a cada tratamento, pelo menor volume de apresentação;

2.4.9.6. Halotano, Sevorane, Etrane, Gotas e demais anestésicos inalantes por mL.

2.4.9.7. Combivent e Similares por frasco indivisível a cada tratamento de até 24 (vinte e quatro) horas.

2.5. Materiais Descartáveis

2.5.1. Para os valores de materiais descartáveis será utilizada a tabela própria do Fundo de Saúde da Aeronáutica (FUNSA), a ser consultada (**item 6.4**) do Referencial de Custo (**Anexo B**), do Edital de Credenciamento. Será adotada a Revista SIMPRO Nacional, versão impressa bimestralmente, com redutor de 15% (quinze por cento) nos casos em que não constar o material na referida tabela.

2.5.2. Os materiais de alto custo (considerando o valor mínimo de R\$ 200,00 (duzentos reais) como parâmetro para alto custo) sempre deverão ter autorização prévia para a sua utilização, mediante justificativa clínica encaminhada para o e-mail da Subseção de Auditoria Prospectiva (auditoriascam@gmail.com). Nos casos de urgências e emergências, devidamente comprovadas, não haverá necessidade dessa autorização, porém o uso do material deverá ser informado nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia útil subsequente ao evento e a caracterização do quadro de urgência poderá ser alvo de confirmação com auditoria *in loco*.

2.5.2.1. Se o material com custo superior a R\$ 200,00 (duzentos reais) for adquirido diretamente pela CREDENCIADA, por impossibilidade de aquisição da CREDENCIANTE, será cobrado conforme os valores do orçamento aprovado pela CREDENCIADA acrescido da taxa de comercialização de 15% (quinze por

cento).

2.5.3. Curativos especiais a partir de R\$ 110,00 (cento e dez reais) deverão ser previamente autorizados mediante justificativa clínica encaminhada para o e-mail da Subseção de Auditoria Prospectiva (auditoriascam@gmail.com).

2.5.4. Será aceita tabela própria do CREDENCIADO nos casos em que os valores estabelecidos sejam menores do que os da tabela própria a ser consultada (**item 6.4**) do Referencial de Custo (**Anexo B**), do Edital de Credenciamento.

2.6. Dieta Enteral, Parenteral e Gêneros Alimentícios

2.6.1. Os gêneros alimentícios, fornecidos nas dietas por via oral, tem a sua remuneração inclusa no valor da diária hospitalar e conforme acomodação prevista para o beneficiário, não sendo admitido o faturamento em separado.

2.6.2. As dietas enterais e parenterais poderão ser fornecidas pela CREDENCIADA ou empresa terceirizada pelo CREDENCIANTE, mediante autorização.

2.6.3. As dietas de nutrição enteral e suplementos e dietas de nutrição parenteral serão remuneradas conforme tabela própria para industrializados ou por meio de pacotes para não industrializados.

2.6.3.1. Valores das dietas enterais industrializadas:

NUTRIÇÃO ENTERAL	VALOR
Nutrison Protein Plus Energy (SF Pack 1000mL)	R\$ 201,20
Protison (SF Pack 500mL)	R\$ 179,23
Nutrison Protein Plus Multifiber (SF Pack 1000mL)	R\$ 180,78
Nutrison Diason Energy HP 1,5 (SF Pack 1000mL)	R\$ 159,74
Nutrison Peptisorb (SF Pack 1000mL)	R\$ 184,58
Nutrison Cubison (SF Pack 1000mL)	R\$ 194,58
Diason (SF Pack 1000mL)	R\$ 156,98
Nutrison (SF Pack 1000mL)	R\$ 80,11
Nutrison Energy (SF Pack 1000mL)	R\$ 120,75
Nutrison Multifiber (SF Pack 1000mL)	R\$ 92,22
Nutrison Energy Multifiber (SF Pack 1000mL)	R\$ 531,30
Nutrini Standard (Pediatria) (SF Pack 500mL)	R\$ 119,20
Nutrini Multifiber (Pediatria) (SF Pack 500mL)	R\$ 131,45
Nutrini Energy Multifiber (Pediatria) (SF Pack 500mL)	R\$ 135,41
Nutrini Pepti (Pediatria) (SF Pack 500mL)	R\$ 200,10
Cubitan (Frasco 200mL)	R\$ 32,76
Diasip (Frasco 200mL)	R\$ 23,77
FortiCare (Frasco 125mL)	R\$ 39,32
Nutridrink Compact Protein (Frasco 125mL)	R\$ 28,95
Nutridrink Compact (Frasco 125mL)	R\$ 23,46
Nutridrink Protein (Frasco 200mL)	R\$ 30,49
Nutri Enteral 1.5 (Tetra pack 200mL)	R\$ 14,66
Nutri Renal (Tetra pack 200mL)	R\$ 19,18

Nutri Renal D (Tetra pack 200mL)	R\$ 26,05
Nutri Liver (Tetra pack 200mL)	R\$ 33,12
Fortini Multifiber (Frasco 200mL)	R\$ 28,46
Nutri Glutamine (Sachê 10g)	R\$ 12,42
Simbioflora (farmoquímica) (Sachê 6g)	R\$ 8,66
Isosource HN 1000mL	R\$ 51,34
IsosourceSoya 1000mL	R\$ 29,50
IsosourceStandart 1000mL	R\$ 108,10
Nutren Active 400g	R\$ 47,15
Nutren 1.0 400g	R\$ 66,70
Nutri Enteral Soya 800g	R\$ 63,14
Nutridrink 325g	R\$ 60,38
ResourceProtein 240g	R\$ 84,41
ResourceThickenUp 240g	R\$ 67,85
Trophic Basic 1000mL	R\$ 22,43
Novasourcesenior (SF)	R\$ 48,28
Fibersource SF	R\$ 104,52
Isosource 1,5 SF	R\$ 104,52
Peptamen ARG SF	R\$ 82,80
Peptamen HN SF	R\$ 82,80
Peptamen 1,5 SF	R\$ 127,65
Peptamenprebio SF	R\$ 188,60
Peptamen AF SF	R\$ 378,99
Novasource GI control	R\$ 73,20
Novasource GI control SF	R\$ 95,71
Novasource Renal SF	R\$ 118,54
Novasource O ₂ SF	R\$ 222,53
Impact	R\$ 17,25
Impact SF	R\$ 93,15
Novasource GC 1,5 SF	R\$ 190,59

2.6.3.2. Valores dos pacotes das dietas enterais não industrializadas (diária):

NUTRIÇÃO ENTERAL	VALOR
Impact SF	R\$ 222,00
Adulto especializada (diabetes, insuficiência Renal, insuficiência Hepática, úlcera por pressão, oligomérica)	R\$ 277,50
Pediátrica	R\$ 194,25
Pediátrica elementar/semi-elementar	R\$ 279,72
Neonatal	R\$ 194,25

2.6.3.3. Valores das dietas parenterais industrializadas:

CALORIAS	NUTRIÇÃO PARENTERAL	VALOR
700kcal	Smorfkabive 800 kcal x 1206ml	R\$ 442,52

1140kcal	Olimel - N7E - 1L	R\$ 360,95
1980kcal	Olimel - N5E - 2L	R\$ 536,14

2.6.3.4. Valores dos pacotes das dietas parenterais não industrializadas (diária):

NUTRIÇÃO PARENTERAL	VALOR
Adulto	R\$ 444,00
Adulto com lipídio especial	R\$ 488,40
Pediátrica	R\$ 444,00
Pediátrica com lipídio especial	R\$ 488,40
Neonatal	R\$ 333,00
Neonatal com lipídio especial	R\$ 366,30

2.6.3.5. Composição dos pacotes da dieta enteral e parenteral: honorários do nutricionista, serviços de enfermagem, materiais e medicamentos, produtos especiais, preparo e aplicação (frascos e equipamentos) e taxa de preparo.

2.6.4. As dietas enterais e parenterais, que não estiverem contempladas nas tabelas, serão pagas de acordo com a tabela SIMPRO ou BRASÍNDICE vigentes na data de sua utilização e serão pagas pelo **MENOR** Preço de Fábrica (PF) disponível com redutor de 50%.

2.7. Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

2.7.1. As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) poderão ser fornecidos pela CREDENCIADA mediante negociação. Nos casos em que a CREDENCIADA forneça OPME, esta deverá ser submetida à análise da Subseção de Auditoria Prospectiva, via e-mail (auditoriascam@gmail.com), 03 (três) orçamentos de fornecedores próprios no prazo de 72 (setenta e duas) horas úteis, que serão submetidos à lisura/auditoria prévia.

2.7.2. Somente será autorizada a utilização de OPME devidamente registrado na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando seu prazo de validade e indicação de uso, registrada nas especificações do material (bula).

2.7.3. Após autorizados, as OPME serão pagas com margem de comercialização de 15% (quinze por cento). Essa margem incidirá sobre o valor da nota fiscal a qual deverá ser apresentada juntamente com a fatura.

2.7.4. Os valores do OPME terão como referência sempre os produtos nacionais. O justo valor, mediante apresentação de nota fiscal, dos serviços prestados pelo uso desse material ou aparelhagem será incluído, ao final do tratamento, na conta do paciente e submetido à Subseção de Auditoria Retrospectiva do FUNSA.

2.7.5. Devem ser anexados ao prontuário do paciente a embalagem, rótulo, selo de controle ou identificação com o número e registro da OPME, de forma a confirmar sua utilização.

2.7.6. Caso o OPME esteja incluso na composição de pacotes os mesmos não poderão ser cobrados separadamente.

2.7.7. Nos casos de cirurgias com uso de OPME, em caráter de urgência/emergência, quando não houver

a possibilidade de solicitação de autorização prévia, deverá ser utilizado material disponível. A cirurgia em caráter de urgência/emergência deverá ser comunicada a subseção de Auditoria Prospectiva da Seção do FUNSA, por e-mail (auditoriascam@gmail.com), em até 02 (dois) dias úteis após a internação, com a cópia da descrição cirúrgica e justificativa médica para o uso do OPME. Caso o prazo não seja cumprido, o OPME utilizado e suas justificativas deverão compor a fatura final, para a análise da auditoria posterior e estará sujeita a glosa por falta de autorização.

2.7.8. Será necessária autorização prévia quando do somatório de orçamentos de OPME com o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais) por procedimento médico.

2.8. Fisioterapia

2.8.1. As diárias de Fisioterapia hospitalar deverão ser cobradas apenas dos pacientes com prescrição médica para o procedimento.

2.8.2. Para o honorário de Fisioterapia hospitalar o pagamento se dará da seguinte forma:

2.8.2.1. Para pacientes SEM suporte ventilatório será pago até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia em UTI-Adulto;

2.8.2.2. Para pacientes COM suporte ventilatório será pago até 03 (três) fisioterapias respiratórias (ventilação mecânica) e 02 (duas) motoras, por dia em UTI-Adulto e Pediátrico;

2.8.2.3. Para pacientes SEM suporte ventilatório será pago até 03 (três) fisioterapias respiratórias e 02 (duas) motoras, por dia em UTI-Pediátrico;

2.8.2.4. Para pacientes COM/SEM suporte ventilatório será pago até 02 (duas) fisioterapias respiratórias e 01 (uma) motora, por dia em apartamento/enfermaria, adulto e pediátrico.

2.8.3. Os serviços de Fisioterapia serão remunerados conforme tabela constante abaixo:

FISIOTERAPIA	VALOR
Sessão hospitalar motora	R\$ 39,10
Sessão hospitalar respiratória	R\$ 39,10

2.9. Fonoaudiologia

2.9.1. Os serviços de Fonoaudiologia serão remunerados conforme tabela constante abaixo:

FONOAUDIOLOGIA	VALOR
Avaliação hospitalar (exceto na UTI)	R\$ 48,30
Sessão individual hospitalar	R\$ 48,30
Sessão/avaliação em UTI	R\$ 72,33

2.10. Psicologia

2.10.1. Os serviços de Psicologia serão remunerados conforme tabela constante abaixo:

PSICOLOGIA	VALOR
Consulta/anamnese/avaliação	R\$ 51,75

Sessão de psicologia individual	R\$ 51,75
---------------------------------	-----------

2.11. Terapia Ocupacional

2.11.1. Os serviços de Terapia Ocupacional serão remunerados conforme tabela constante abaixo:

TERAPIA OCUPACIONAL	VALOR
Consulta/anamnese individual ambulatorial/hospitalar	R\$ 48,30
Sessão individual hospitalar	R\$ 48,30

2.12. Acomodações Hospitalares

2.12.1. Quarto Privativo (apartamento standard): Composto por apartamento com acomodação para o acompanhante e banheiro privativo.

2.12.2. Berçário: Quarto com berço comum para recém-nascido (mãe internada).

2.12.3. Berçário Patológico: Quarto para atendimento a recém-nascidos que requeiram cuidados especiais (berço aquecido e fototerapia) (mãe internada ou não).

2.12.4. Enfermaria: Composto por quarto coletivo para 02 (dois) ou mais pacientes, com ou sem acomodação para o acompanhante e com banheiro de uso comum.

2.12.5. Hospital Dia: Acomodação de pacientes para cirurgias de pequeno ou médio porte e/ou procedimentos diagnósticos, com permanência mínima de 06 (seis) horas e máxima de 12 (doze) horas no prestador credenciado, não correspondente a uma diária normal. As acomodações obedecerão aos padrões de apartamento ou enfermaria.

2.12.6. Unidade de Terapia Intensiva: Acomodação com instalações para mais de um paciente em tratamento intensivo e presença médica permanente.

2.13. Diárias Hospitalares

2.13.1. Diária Hospitalar é a permanência de um paciente por um período acima de 12 (doze) e até 24 (vinte e quatro) horas em uma instituição hospitalar. As diárias iniciarão sua contagem a partir do meio dia de cada dia. Períodos inferiores a 12 (doze) horas serão cobrados como meia diária.

2.13.2. Hospital Dia é uma forma intermediária de atendimento entre as modalidades hospitalar e ambulatorial, quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período mínimo de 06 (seis) horas e máximo de 12 (doze) horas (Portaria nº44/GM/2001 do Ministério da Saúde). Na assistência em saúde mental, o Hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 05 (cinco) dias da semana, com uma carga horária de 08 (oito) horas diárias para cada paciente (Portaria nº224/MS). Serão beneficiados pelo Hospital-dia os pacientes que necessitam de procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados em ambiente hospitalar (ex: medicação assistida e biópsia), mas que apresentam condições clínicas de permanecer em casa.

2.13.3. Diárias Normais: Internações clínicas ou cirúrgicas em quarto privativo (apartamento), enfermaria e hospital-dia. No valor da diária estão incluídos salário e encargos do quadro de pessoal fixo da unidade,

consumo de eletricidade e água, telefone (ligações pessoais serão tarifadas - cobradas do paciente), depreciação do prédio e de equipamentos permanentes; taxa administrativa de qualquer natureza; outros custos recebidos por rateios; as instalações físicas (quarto, banheiro e ambientes de apoio); leito próprio (cama ou berço) com leito/poltrona de acompanhante para quarto ou apartamento e demais materiais permanentes; limpeza e desinfecção ambiental; Equipamento de Proteção Individual (EPI); equipamentos necessários ao atendimento do paciente (suporte de soro, primeira bomba de infusão, aparadeira, escada, cadeira de higiene, entre outros); dieta de pacientes conforme prescrição médica, exceto dietas especiais (parenterais ou enterais) e suplementos alimentares; serviços e cuidados de enfermagem (incluindo todos os procedimentos de enfermagem); rouparia (permanente ou descartável), campos cirúrgicos e compressas; assepsia e antisepsia da equipe e paciente, incluindo materiais e antissépticos (espátula, algodão, sabão líquido, álcool, álcool iodado, polvidine, clorexidina, e afins); lavagem e esterilização de materiais e instrumentais.

2.13.4. Diárias Especiais

2.13.4.1. Berçário: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais e também leito próprio (incubadora, berço e berço aquecido) além da orientação nutricional durante a internação e no momento da alta.

2.13.4.2. Berçário Patológico: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Berçário e tratamento por fototerapia.

2.13.4.3. Unidade de Terapia Intensiva (UTI): O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais (2.13.3.) acrescidos de leito próprio (comum ou especial), carrinho de anestesia, bisturi elétrico, caneta de bisturi e placa (permanentes), carrinho de parada com desfibrilador ou cardioversor, bomba de infusão contínua (até a terceira bomba), monitor multiparâmetro para oximetria de pulso, frequência cardíaca, incluso 15 eletrodos descartáveis para as 24 (vinte e quatro) horas, pressão não invasiva, temperatura e frequência respiratória, gerador de marcapasso (provisório), equipamentos de monitorização hemodinâmica, aspirador a vácuo e elétrico, nebulizador, macronebulizador, respirador e acessórios (qualquer tipo ou modelo) e capnógrafo.

2.13.4.4. UTI Pediátrica ou Neonatal: O valor da diária engloba todos os itens descritos em Diárias Normais, todos os itens descritos em Berçário Patológico, todos os itens descritos em Unidade de Terapia Intensiva e equipamentos específicos para assistência pediátrica e neonatal, tais como: bomba de seringa, CPAP e HOOD, entre outros.

2.13.4.5. Taxa de Isolamento: A taxa de isolamento será paga mediante a comprovação da indicação do isolamento pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição credenciada e a verificação dos resultados de exames e rastreio.

2.13.4.6. Diária do Acompanhante: Conforme item 2.9.1, letra “f” da MCA 160-5/2021, não serão passíveis de coberturas as despesas com acompanhante. Nesses casos, a alimentação deverá ser cobrada pela CREDENCIADA diretamente do acompanhante ou responsável.

2.13.4.7. Itens que não estão incluídos na Diária Comum: medicamentos, uso de equipamentos não especificados anteriormente, honorários médicos, SADT (fisioterapia, hemoterapia, fototerapia, etc.), gases medicinais e outros itens não especificados nas diárias.

2.13.4.8. Caso o paciente seja transferido para berçário ou unidade especial (UTI e UTI pediátrica ou neonatal), o quarto da unidade de internação clínica ou cirúrgica deverá ser desocupado. Caso os responsáveis pelo paciente resolvam permanecer no quarto, estes deverão assumir os custos junto à CREDENCIADA.

2.13.5. Valores das Diárias

CLASSIFICAÇÃO	VALORES
Diária de Enfermaria Adulto	R\$ 302,25
Diária de Apartamento Adulto	R\$ 416,81
Diária de Apartamento Isolamento Adulto	R\$ 500,17
Diária de UTI Adulto	R\$ 994,13
Diária de UTI Isolamento Adulto	R\$ 1.192,95
Diária de Unidade Semi-Intensiva	R\$ 699,22
Diária de Hospital Dia Adulto Enfermaria	R\$ 151,13
Diária de Hospital Dia Adulto Apartamento	R\$ 208,40
Berçário	R\$ 56,49
Berçário Patológico	R\$ 302,25
Diária de Enfermaria Pediatria	R\$ 666,20
Diária de Apartamento Pediatria	R\$ 864,71
Diária de Apartamento Isolamento Pediatria	R\$ 1.037,65
Diária de UTI Pediátrico/Neonatal	R\$ 1.521,22
Diária de UTI Isolamento Pediátrico/Neonatal	R\$ 1.825,47
Diária de Hospital Dia Pediatria Enfermaria	R\$ 333,10
Diária de Hospital Dia Pediatria Apartamento	R\$ 432,36

2.14. Taxas de Sala

2.14.1. Sala Cirúrgica e de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

2.14.1.1. Compreende: Instalações físicas (sala, macas, leitos e ambientes de apoio); serviços de enfermagem do procedimento cirúrgico (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais - eletrocardiograma, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão não invasiva, temperatura e frequência respiratória - e instrumentação eventual); monitorização contínua do paciente através de Pressão Arterial Invasiva (PAI), Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Intracraniana (PIC), gerador de marca-passo (provisório); rouparia completa (permanente ou descartável) para toda a equipe cirúrgica e de enfermagem, campos cirúrgicos e compressas; Equipamento de Proteção Individual (EPI) (luva procedimento, máscaras cirúrgicas, avental cirúrgico, escova para escovação cirúrgica das mãos, máscara facial cirúrgica, gorro, propé, etc.); assepsia e antissepsia, inclusive antissépticos (álcool, álcool iodado, polvidine, clorexidina); materiais recicláveis (traquéias, látex, umidificadores, bolsa-válvula-máscara); e insumos diversos (algodão hidrofílico, água oxigenada, formol, soapex, esparadrapo, micropore, gaze simples e gel condutivo); lavagem e esterilização de materiais e equipamentos, limpeza e desinfecção ambiental; todos os equipamentos e instrumentais necessários à cirurgia (mesa cirúrgica, foco, bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi de qualquer tipo ou modelo, escada, suporte de soro, mesas auxiliares, bombas de infusão, bombas de seringa, carro de medicamento, carro de materiais, esfingomanômetro, tensiômetro, estetoscópio, aspirador elétrico ou vácuo, hamper, cardioversor e/ou desfibrilador, monitor cardíaco - inclui 05 (cinco) eletrodos descartáveis para 24 (vinte e quatro) horas, oxímetro de pulso, respirador, taxa de instalação de oxigênio e capnógrafo); instrumental/equipamentos de anestesia (carro de

anestesia, respirador, balões de anestesia, válvulas com e sem Pop-Off, cal sodada, etc.) e também todos aqueles que são permanentes na unidade.

2.14.1.2. A Taxa de Sala será remunerada de acordo com o Porte Cirúrgico da tabela CBHPM, estabelecido pelo tempo de duração do procedimento e com base nas anotações em sala (cirurgião e anesthesiologista), acrescidos de 15 minutos para preparo, limpeza e desinfecção das salas.

2.14.1.3. Pacientes submetidos à anestesia geral, regional, bloqueio terapêutico ou sedação, deverá ser enviado para SRPA, salvo recomendação em contrário do anesthesiologista responsável pelo procedimento. Deverão ser registrados em prontuário os horários de entrada e saída, evolução de enfermagem e médica, com prescrição de transferência para outra unidade.

2.14.1.4. O valor da Taxa de SRPA não será pago quando o paciente for transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no período pós-operatório.

2.14.1.5. Valores

DESCRIÇÃO	VALOR
PORTE 0	R\$ 64,17
PORTE I	R\$ 181,40
PORTE II	R\$ 238,46
PORTE III	R\$ 302,66
PORTE IV	R\$ 384,28
PORTE V	R\$ 605,83
PORTE VI	R\$ 953,27
PORTE VII	R\$ 1.197,58
PORTE VIII	R\$ 2.112,47
RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA	R\$ 211,05

2.14.2. Sala de Observação Adulto - até 06 (seis) horas

2.14.2.1. Compreende: Instalações físicas com sala para atendimento e ambientes de apoio; cuidados e serviço de enfermagem do procedimento (administração de medicamentos por todas as vias, locomoção do paciente, controle de sinais vitais - eletrocardiograma, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão não invasiva, temperatura e frequência respiratória - e instrumentação eventual); limpeza e desinfecção ambiental; rouparia (permanente ou descartável), assepsia e antissepsia (equipe e paciente) - inclusive materiais e antissépticos, EPI (luva procedimento, máscaras cirúrgicas, avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, gorro, propé, etc.), leito para permanência e acomodação do paciente em observação e todos os equipamentos (monitor cardíaco - inclui 05 (cinco) eletrodos descartáveis para 24 (vinte e quatro) horas, oxímetro, suporte para soro, bomba de infusão, etc.) necessários para o atendimento ao paciente;

2.14.2.2. Hidratação venosa e/ou aplicação de soro no leito, aplicação de medicamentos diluídos em soro a partir de 100mL, situações clínicas em que há necessidade do paciente permanecer em repouso, aguardando estabilização do quadro e definição do diagnóstico são critérios técnicos para remuneração da Taxa.

2.14.2.3. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO ATENDIMENTO ADULTO (ATÉ 6H)	R\$ 53,07

2.14.3. Sala de Observação Pediátrico - até 06 (seis) horas

2.14.3.1. Compreende: Instalações físicas para toda assistência integral prestada ao paciente pediátrico em todos os atendimentos de urgência e emergência, independente do horário de atendimento, cuidados e/ou serviços de enfermagem (tais como realização de nebulização, retirada de pontos, realização de curativos, lavagem e aspiração traqueal/vias aéreas superiores, lavagem gástrica/intestinal, sondagem gástrica/retal/vesical, aplicação de medicação por todas as vias), serviços médicos: realização de suturas e curativos, gases: oxigênio, ar comprimido e nebulização, materiais descartáveis e insumos, medicamentos, soros e soluções; todas as Taxas de Sala/Observação e equipamentos relacionadas ao serviço de urgência e emergência (monitor cardíaco - inclui 05 (cinco) eletrodos descartáveis para 24 (vinte e quatro) horas, oxímetro, suporte para soro, bomba de infusão, etc.), EPI (máscara, propés, gorro, avental, luva de procedimento) e exames: Hemograma Completo e Raio X de Tórax.

2.14.3.2. Exames não relacionados na composição, hemoderivados e demais itens não constantes na composição não estão inclusos na Taxa.

2.14.3.3. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE OBSERVAÇÃO EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIATRIA (ATÉ 6H)	R\$ 310,00

2.14.4. Sala de Hemodinâmica e/ou Radiologia Intervencionista

2.14.4.1. Compreende: Todos os itens da Taxa de Sala Cirúrgica descritos no item 2.14.1.1. e itens da Taxa de Sala de Observação Adulto descritos no item 2.14.2.1. que apresentam a utilização de equipamentos referentes aos procedimentos (desfibrilador/cardioversor, equipamentos e instrumental cirúrgico, equipamentos e instrumental para anestesia, equipamentos para monitorização, assepsia e antisepsia da equipe e paciente), incluindo intensificador de imagem, rotatlador, capela de fluxo laminar, conjunto White-med, refletor odontológico e gerador de radiofrequência.

2.14.4.2. Destinada à realização de procedimento de Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista (exames invasivos tais como cateterismo cardíaco e angioplastias).

2.14.4.3. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE HEMODINÂMICA E/OU RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	R\$ 928,60

2.14.5. Sala de Endoscopia/Colonoscopia

2.14.5.1. Compreende: Todos os itens da Taxa de Sala de Observação Adulto descritos no item 2.14.2.1. Desde a assepsia e antisepsia da equipe e paciente (inclusive materiais e antissépticos), leito para observação, incluindo todos os equipamentos específicos necessários ao atendimento do paciente.

2.14.5.2. Destinada aos procedimentos de endoscopia digestiva e colonoscopia tanto diagnóstica quanto intervencionista.

2.14.5.3. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA	R\$ 60,51

2.14.6. Sala de Quimioterapia e/ou Hemodiálise e/ou Sala Ambulatorial (Tratamento Oncológico) e/ou Heparinização

2.14.6.1. Compreende: Todos os itens da Taxa da Sala de Observação Adulto descritos em **2.14.2.1.**, acrescido de cabine de fluxo laminar, primeira bomba de infusão e bomba de seringa, bem como todos os equipamentos necessários à quimioterapia ou hemodiálise.

2.14.6.2. Conforme Ordem Técnica nº04/DIRSA/2017 (item 2.3) de 11 de Abril de 2017:

2.14.6.2.1. Não cabe pagamento de taxa de sala nos casos de dispensação de medicamentos via oral e aplicação de medicamentos que não necessitem de ambiente especializado, como Granulokine, Eprex, Zoladex, Hemax, entre outros;

2.14.6.2.2. Os honorários médicos referentes à infusão de quimioterápicos, terapia hormonal, terapia alvo molecular e imunobiológicos parenterais serão pagos somente para tratamentos com a supervisão direta do médico (médico presente);

2.14.6.3. A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento "Terapia Oncológica", quando realizados no mesmo momento. Não cabe a remuneração do procedimento durante aplicação de quimioterapia, tão pouco para a manutenção/permeabilização do mesmo;

2.14.6.4. Para os casos em que a aplicação do quimioterápico acontece via subcutânea ou intramuscular, o valor do honorário médico corresponderá ao valor da Terapia Oncológica, por dia subsequente de tratamento (2.01.04.30-8).

2.14.6.5. A Taxa de Sala Ambulatorial será remunerada nos casos de terapia imunobiológica, pulsoterapia e terapias endovenosas.

2.14.6.6. Valores

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE QUIMIOTERAPIA E/OU HEMODIÁLISE	R\$ 42,55
TAXA DE SALA ATENDIMENTO AMBULATORIAL	R\$ 23,00
TAXA DE SALA DE HEPARINIZAÇÃO	R\$ 17,25

2.14.7. Taxa de Sala de Gesso ou Curativo

2.14.7.1. Compreende: Todos os itens da Taxa da Sala de Observação Adulto descritos no item **2.14.2.1.**, acrescido de serra para gesso.

2.14.7.2. Pacotes de Curativos realizados na Urgência:

2.14.7.2.1. Curativo Pequeno: Cateteres venosos e arteriais (central e periféricos); Cesáreas; Cicatrização do coto umbilical; Embrocação; Flebotomias e/ou subclávias; Histerectomia vaginal; Incisões pequenas;

Oftálmicos; Perineorrafias; Traqueostomias; Troca de apósitos externos sem trocar curativos; e outros com a mesma classificação;

2.14.7.2.2. Curativo Médio: Cesárias infectadas; Incisões com drenos; Fistulas anais; Hemorroidectomia; Lesões cutâneas; e outros com a mesma classificação;

2.14.7.2.3. Curativo Grande: Incisões contaminadas; Grandes cirurgias; Balão intra-aórtico ou Bio-Pump; Queimados (especificar área e/ou grau de queimadura); Toracotomias com drenagem; e outros com a mesma classificação;

2.14.7.2.4. Curativo Especial: Cirurgias de alto risco; Grandes incisões contaminadas; Grandes queimados (especificar área queimada e/ou grau de queimadura); Cavidades abertas, com lavagem contínua, grandes fistulas; e outros com a mesma classificação.

2.14.7.2.5. Valores

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE GESSO OU CURATIVO	R\$ 33,12
TAXA DE CURATIVO (PEQUENO)	R\$ 9,73
TAXA DE CURATIVO (MÉDIO)	R\$ 13,93
TAXA DE CURATIVO (GRANDE)	R\$ 26,21

2.14.8. Taxa de Sala de Pequenas Cirurgias e Procedimentos

2.14.8.1. Compreende: Todos os itens da Taxa de Sala de Observação Adulto descritos no item 2.14.2.1., acrescidos de equipamento/instrumental cirúrgico e de anestesia local necessários para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório.

2.14.8.2. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE PEQUENA CIRURGIA/PROCEDIMENTO	R\$ 42,55

2.14.9. Taxa de Sala de Reanimação e/ou Emergência

2.14.9.1. Compreende: Instalação da sala, serviços de enfermagem do procedimento, equipamento/instrumental cirúrgico, equipamentos ou instrumental de anestesia, equipamentos de monitorização, equipamentos ou instrumental de ressuscitação cardíaca e intubação, equipamentos ou instrumental para ventilação manual, desfibrilador, cardioversor e capnógrafo, assepsia e antisepsia da equipe.

2.14.9.2. Destinada à assistência do paciente com agravo à saúde que implique em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, necessitando de atendimento imediato e utilizando-se de técnicas avançadas de assistência.

2.14.9.3. Valor

DESCRIÇÃO	VALOR
TAXA DE SALA DE REANIMAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA	R\$ 33,12

2.15. Hemodiálise

2.15.1. Itens inclusos: honorários médicos, máquina de proporção e sistema de tratamento de osmose reversa; materiais (dialisador capilar, linha de sangue arterial, linha de sangue venosa, isolador de pressão para Hemodiálises e extensores, adaptadores, balança, organizador, clips, clamps, cápsulas, equipo de transferências, agulhas, seringas, gaze, compressa, luvas, máscara de proteção, avental plástico, bolsa CAPD, prep-kit sistema de desconexão para Diálise Peritoneal, entre outros itens inerentes à Hemodiálise); medicamentos relativos ao procedimento e acompanhamento de enfermagem, inclusive com cateter para hemodiálise para início de terapia em qualquer modalidade.

2.15.2. Itens excluídos: OPME de alto custo não relacionado acima, medicamentos de prescrição extra-diálise ou alto custo como: eritropoetina, quelantes, carbonato de cálcio, ferro, antibióticos entre outros, troca de cateter de HD em casos de obstrução e dialisador para paciente HIV/Hepatite B e C.

2.15.3. Valores das Hemodiálises

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
30909139	Hemodepuração de casos agudos - até 4 horas ou fração	R\$ 832,58
30909139	Hemodepuração de casos agudos - até 4 horas ou fração (subsequente)	R\$ 651,18
30909147	Hemodepuração de casos agudos - até 12 horas	R\$ 1.023,92
30909147	Hemodepuração de casos agudos - até 12 horas (subsequente)	R\$ 755,83
30909031	Hemodiálise Ambulatorial Crônica	R\$ 317,62

2.15.4. Procedimentos não constantes na tabela acima serão remunerados de acordo com **CBHPM 2014** plena.

2.16. Quimioterapia e Radioterapia

2.16.1. Nos pacotes acordados estão inclusos honorário médico, materiais, medicamentos, soros, contrastes, películas de filme e sulfato de bário.

2.16.2. Terapias Oncológica, Pulsoterapia e Terapia Imunobiológica

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
20104294	Terapia Oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento	R\$ 258,16
20104308	Terapia Oncológica - por dia subsequente de tratamento	R\$ 52,14
20104383	Pulsoterapia (por sessão)	R\$ 319,27
20104391	Terapia Imunobiológica Intravenosa (por sessão)	R\$ 319,27

2.16.3. As Terapias Oncológica, Pulsoterapia e Terapia Imunobiológica serão remuneradas de acordo com **CBHPM 2016** com valoração conforme comunicado oficial do ano de outubro de 2015 a outubro de 2016.

2.16.4. Normas e Procedimentos

2.16.4.1. Conforme Ordem Técnica nº04/DIRSA/2017 (item 2.3) de 11/04/2017 segue abaixo as normas a serem seguidas:

“2.3.2.1. Não cabe pagamento de taxa de sala nos casos de dispensação de medicamentos via oral e

aplicação de medicamentos que não necessitem de ambiente especializado, como granulokine, eporex, zoladex, hemaxe outros.

2.3.4. Os honorários médicos referentes à infusão de quimioterápicos, terapia hormonal, terapia alvo molecular e imunobiológicos parenterais serão pagos somente para tratamentos com a supervisão direta do médico (médico presente).

2.3.5. A heparinização de cateter implantável é parte integrante do procedimento "Terapia oncológica", quando realizados no mesmo momento. Não cabe a remuneração do procedimento durante aplicação de quimioterapia, tão pouco para a manutenção/permeabilização do mesmo."

2.16.5. Pacotes de Radiocirurgia e Radioterapia

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
41203020	Radiocirurgia (RTC) – Nível 1 (lesão única e/ou um isocentro – por tratamento)	R\$ 10.286,05
41203038	Radiocirurgia (RTC) – Nível 2 (duas lesões e/ou dois a quatro isocentros – por tratamento)	R\$ 12.062,83
41203046	Radiocirurgia (RTC) – Nível 3 (três lesões e/ou de mais de quatro isocentros – por tratamento)	R\$ 13.977,66
41203054	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) – por tratamento	R\$ 15.540,00
41203062	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT – 3D) (com acelerador linear – por tratamento)	R\$ 14.430,00

2.16.6. Procedimentos não constantes na tabela acima serão remunerados de acordo com **CBHPM 2014 plena**.

2.17. Taxas de Utilização de Equipamentos

2.17.1. Para os equipamentos não relacionados, será pago conforme a Unidade de Custo Operacional - UCO prevista para o procedimento na CBHPM 2010 com redutor de 20% (vinte por cento).

2.17.2. Equipamento de uso hospitalar

Nº	TAXAS E EQUIPAMENTOS	FATOR	VALOR
1.	BALÃO INTRA AÓRTICO - INCLUSO GÁS	DIA	R\$ 346,65
2.	BERÇO AQUECIDO	DIA	R\$ 0,66
3.	BIPAP / CPAP	DIA	R\$ 24,88
4.	BISTURI ELÉTRICO (FORA DO CC) - INCLUI TAXAS, CANETA E PLACA REPROCESSADAS OU DESCARTÁVEIS	USO	R\$ 37,51
5.	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI / CC / BERÇÁRIO MÉDIO RISCO)	DIA	R\$ 20,13
6.	CAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E CC)	DIA	R\$ 17,40
7.	COLCHÃO PNEUMÁTICO	DIA	R\$ 4,03
8.	CRANEÓTOMO/DRILL NITROGÊNIO (ELÉTRICO)	USO	R\$ 44,71
9.	DEFIBRILADOR (P/ APLICAÇÃO FORA DA UTI/C. CIRÚRGICO)	USO	R\$ 14,30
10.	FOTOTERAPIA (24H), (FORA DA UTI E CC), POR DIA	DIA	R\$ 6,04
11.	GLICOTESTE - HGT (INCLUSO: TAXA, FITA E AGULHA/LANCETA)	USO	R\$ 2,60
12.	INTENSIFICADOR DE IMAGEM (SOMENTE FORA DA HEMODINÂMICA)	USO	R\$ 130,71

13.	LITOTRIPSIA	USO	R\$ 124,89
14.	MARCAPASSO TEMPORÁRIO	DIA	R\$ 122,30
15.	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 70,93
16.	MONITOR CARDIORRESPIRATÓRIO (FORA DA UTI / CC / HEMODINÂMICA)	DIA	R\$ 34,96
17.	MONITOR DE PRESSÃO INTRACRANIANA	DIA	R\$ 47,04
18.	OXÍMETRO DE PULSO (FORA DA UTI / CC)	DIA	R\$ 14,64
19.	RESPIRADOR DE PRESSÃO / VOLUME (FORA DA UTI E CC) - EXCLUEM GASES MEDICINAIS	DIA	R\$ 66,85
20.	SENSOR BIS (INCLUSO ELETRODOS E TODOS OS INSUMOS)	USO	R\$ 285,20
21.	TAXA DE APARELHO GERADOR LASER P/ URETERORRENO	USO	R\$ 1.619,65
22.	TAXA DE APARELHO P/ BRONCOSCOPIA	USO	R\$ 361,80
23.	TAXA DE APARELHO P/ COLANGIOPANCREATOLOGRAFIA	USO	R\$ 150,75
24.	TAXA DE APARELHO P/ COLONOSCOPIA	USO	R\$ 150,75
25.	TAXA DE APARELHO P/ ECOENDOSCOPIA	USO	R\$ 2.268,69
26.	TAXA DE APARELHO P/ ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	USO	R\$ 150,75
27.	TAXA DE APARELHO P/ LARINGOSCOPIA	USO	R\$ 150,75
28.	TAXA DE APARELHO P/ RETOSSIGMOIDOSCOPIA	USO	R\$ 150,75
29.	TAXA DE APARELHO P/ URETERORRENO FLEXÍVEL / RÍGIDA	USO	R\$ 864,62
30.	VIDEOCIRURGIA : nasal / abdominal / articular / uterina / urológica / otorrino (inclui material reciclável, trocater permanente, kit instrumental do vídeo, insumos e fibra Óptica)	USO	R\$ 332,75
31.	VIDEOCIRURGIA DIAGNÓSTICO: nasal / abdominal / articular / uterina / urológica / otorrino (inclui material reciclável, insumos e fibra Óptica)	USO	R\$ 66,08

2.18. Gasoterapia

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

2.18.1.1. ALTO FLUXO - uso em respirador invasivo (controlado, assistido/controlado, SIMV, CPAP e BIPAP), em carro de anestesia, BIPAP, máscara de Venturi 50% (laranja) e no desmame de respirador equivalente a 9L/min ou superior.

2.18.1.2. MÉDIO FLUXO - uso em máscara, máscara de Venturi 31% (branco), 35% (verde) e 40% (vermelho), capacete de Hood, bolsa-válvula-máscara e nebulização equivalente a utilização de oxigênio na vazão entre 5L/min e 8L/min.

2.18.1.3. BAIXO FLUXO - máscara de venturi 24% (azul) e 28% (amarelo), uso em cateter nasal equivalente a utilização de oxigênio na vazão entre 1L/min e 4L/min.

2.18.2. Valores

TAXAS	VALOR
OXIGÊNIO BAIXO FLUXO	R\$ 9,50
OXIGÊNIO MÉDIO FLUXO	R\$ 19,00

OXIGÊNIO ALTO FLUXO	R\$ 27,08
AR COMPRIMIDO	R\$ 20,95
GÁS CARBÔNICO	R\$ 17,49
NITROGÊNIO	R\$ 14,05
PROTÓXIDO DE AZOTO	R\$ 62,42
ÓXIDO NÍTRICO	R\$ 80,86
NEBULIZAÇÃO com O ₂ (inclui: oxigênio, energia, esterilização, desinfecção e reposição de máscaras)	R\$ 6,97
NEBULIZAÇÃO sem O ₂ (inclui: ar comprimido, energia, esterilização, desinfecção e reposição de máscaras)	R\$ 8,55

2.19. Transporte de Pacientes

2.19.1. Os serviços especializados de remoção, evacuações pré-hospitalares e inter-hospitalares terrestres correspondem a procedimentos e especialidades para a realização do atendimento móvel.

2.19.2. O objeto contratual abrange o atendimento pré-hospitalar e inter-hospitalar móvel, com observância das especificações mínimas, nos termos da Portaria nº 2.048, de 11 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde.

2.19.2.1. Ambulâncias do TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples de caráter eletivo.

2.19.2.2. Ambulâncias do TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

2.19.2.3. Ambulâncias do TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em local de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

2.19.2.4. Ambulâncias do TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento de transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, bem como dos materiais, medicamentos e equipamentos previstos na referida portaria.

2.19.3. O atendimento pré-hospitalar será realizado por meio de pronto socorro móvel (adulto, pediátrico ou neonatal) ou ambulâncias, nas situações de emergências e de urgências médicas, por equipes compostas de auxiliares treinados e lideradas por médico intensivista.

2.19.4. O atendimento inter-hospitalar compreende o transporte de pacientes entre a rede hospitalar ou para essa, na área de abrangência especificada neste Termo.

2.19.4.1. Caso disponha do serviço, a remoção do paciente internado inter-hospitalar será de responsabilidade do hospital de origem CONTRATADO, remunerado conforme os valores abaixo estabelecidos.

2.19.5. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos casos de urgência e emergência, deverá ser composta por:

2.19.5.1. Um motorista com curso de socorrista;

2.19.5.2. Um técnico ou auxiliar de enfermagem habilitado; e

2.19.5.3. Um médico intensivista, ou médico com curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS) ou Advanced Cardiac Life Support (ACLS).

2.19.6. A equipe responsável pela prestação dos serviços, nos demais casos, deverá ser composta por:

2.19.6.1. Um motorista com curso de socorrista;

2.19.6.2. Dois profissionais de enfermagem habilitados.

2.19.7. Os serviços prestados na área de abrangência serão remunerados, conforme os seguintes valores:

ITEM	TIPO DE SERVIÇO E AMBULÂNCIA	VALOR
1.	Transporte inter-hospitalar (ida)	R\$ 259,74
2.	Transporte inter-hospitalar (ida e volta)	R\$ 429,22
3.	Transporte inter-hospitalar UTI adulto (ida)	R\$ 678,50
4.	Transporte inter-hospitalar UTI adulto (ida e volta)	R\$ 1.035,00
5.	Unidade básica pediátrica (ida)	R\$ 244,20
6.	Unidade básica pediátrica (ida e volta)	R\$ 355,20
7.	Transporte inter-hospitalar UTI pediátrica/neonatal (ida)	R\$ 678,50
8.	Transporte inter-hospitalar UTI pediátrica/neonatal (ida e volta)	R\$ 1.170,00
9.	Quilômetro rodado excedente da ambulância simples	R\$ 4,75
10.	Quilômetro rodado excedente da ambulância UTI	R\$ 7,22
11.	Hora parada simples	R\$ 44,37
12.	Hora parada UTI	R\$ 106,10

2.19.8. Para remoções COVID acrescentar na Ambulância Básica o valor de R\$ 100,00.

2.19.9. Para remoções COVID acrescentar na Ambulância UTI o valor de R\$ 150,00.

2.19.10. A área de abrangência deste contrato compreenderá Fortaleza e região metropolitana e demais municípios situados num raio de até 50 km (cinquenta quilômetros) dos limites da RMF, conforme cálculo de distância fornecido por parte do Departamento de Estradas e Rodagem do Estado do Ceará (DER/CE).

2.19.11. Para cálculo dos serviços prestados fora da área de abrangência deste contrato serão utilizados os valores do quilômetro rodado excedente abaixo:

2.19.11.1. Quilômetro rodado excedente da UTI (pediátrica/neonatal/adulto) – R\$ 6,50 (seis Reais e cinquenta centavos).

2.19.11.2. Quilômetro rodado excedente da Unidade Básica – R\$ 6,50 (seis Reais e cinquenta centavos).

2.19.11.3. Quilômetro rodado excedente no transporte aéreo em ambulância simples – R\$

25,00 por km de voo.

2.19.11.4. Quilômetro rodado excedente no transporte aéreo em ambulância UTI – R\$ 29,00 por km de voo.



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA

CONTROLE DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS DO DOCUMENTO

Documento:	Termo de Credenciamento nº 0318-BAFZ-GSAU-FZ-2024 (assinado)
Data/Hora de Criação:	12/12/2024 10:44:40
Páginas do Documento:	32
Páginas Totais (Doc. + Ass.)	33
Hash MD5:	86c90551e306ff93011c3baf58cd972f
Verificação de Autenticidade:	https://autenticidade-documento.sti.fab.mil.br/assinatura

Este documento foi assinado e conferido eletronicamente com fundamento no artigo 6º, do Decreto nº 8.539 de 08/10/2015 da Presidência da República pelos assinantes abaixo:

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por Primeiro Sargento MADELEINE KEILY FERNANDES PIRES LIMA no dia 12/12/2024 às 07:45:19 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten DANIEL DA SILVA COSTA no dia 16/12/2024 às 07:54:01 no horário oficial de Brasília.

Assinado via ASSINATURA CADASTRAL por 2º Ten NATÁLIA DO RÊGO BARROS LOTH BENTO no dia 16/12/2024 às 08:05:17 no horário oficial de Brasília.