



**INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS – CAMPREV**

**AUTARQUIA MUNICIPAL – LEI COMPLEMENTAR Nº 10/2004**

**Coordenadoria dos Fundos de Saúde**

# Manual de Regras e Conduitas dos Fundos de Assistência à Saúde- FAS e FASC

**Atendimento Hospitalar em Regime de Internação**

# **MANUAL DE REGRAS E CONDUTAS DOS FUNDOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - FAS E FASC**

**Coordenadoria dos Fundos**

Outubro/2020

## Sumário

MÓDULO I - ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO .....	02
HOSPITAL-DIA/CLÍNICA-DIA.....	02
1.1.1 REGRAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NA MODALIDADE DAY CLINIC, EM GERAL .....	04
1.1.2.1 PROCEDIMENTOS COBERTOS .....	05
1.2 INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	05
1.2.1.1 NORMAS GERAIS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO.....	05
1.2.2 REGRAS ESPECÍFICAS POR ITENS DE SERVIÇOS QUE COMPÕEM A CONTA HOSPITALAR .....	10
1.2.3 REMOÇÕES .....	45
1.2.3.1 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA HEMOTERAPIA.....	45
1.2.4 REGRAS GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E SADT EM REGIME DE INTERNAÇÃO – ALGUNS DESTAQUES .....	54
1.2.5 PACIENTE CRÔNICO.....	64
1.2.6 TAXAS COBERTAS.....	65
MÓDULO II - TERAPIAS COMPLEMENTARES EM PACIENTE INTERNADO .....	75
2.1 FISIOTERAPIA NO PACIENTE INTERNADO.....	75
2.2 FONOAUDIOLOGIA NO PACIENTE INTERNADO .....	75
2.2 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL.....	76
2.3.1 REGRAS GERAIS.....	77
2.3.2 MATERIAIS ASSOCIADO À ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL OU PARENTERAL.....	78
2.3.3 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL .....	79
2.3.4 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	81
2.3.5 PRODUTOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL.....	85
2.3.6 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA TERAPIA NUTRICIONAL .....	85
2.4 CURATIVOS/COBERTURAS DE FERIDAS.....	86
2.4.1 REGRAS GERAIS PARA COBERTURA DE FERIDAS .....	88
MÓDULO III – ANEXOS.....	90

## I. Introdução

O Fundo de Assistência à Saúde (Prefeitura) - FAS e o fundo de Assistência à Saúde da Câmara - FASC - Gerenciados pelo CAMPREV se constituem em recursos públicos e contribuição pelos beneficiários visando a assistência à saúde, em conformidade com a legislação vigente, disponível no portal do CAMPREV, que estabelecem direitos e regras de uso, benefícios e custeio, entre outras obrigatoriedades.

O Fundo de Assistência à Saúde - FAS é destinado exclusivamente à cobertura médico-hospitalar e odontológica aos inativos, aposentados pela Prefeitura Municipal de Campinas até março de 1992 e seus dependentes e, o Fundo de Assistência à Saúde da Câmara - FASC -, destinado exclusivamente à cobertura médico-hospitalar aos beneficiários da Câmara de Campinas - ativos, inativos e pensionistas - existentes até a data de 30.06.2004, que optaram pela participação no FASC, e seus dependentes.

Cabe ressaltar que o CAMPREV é um sistema de autogestão regulado pela Lei Municipal 10/2004 não estando subordinado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo fiscalizado pelo TCE/SP.

Este documento, denominado Manual de Regras e Condutas do Fundo de Assistência à Saúde FAS e FASC, é parte integrante do termo de credenciamento vigente, em complemento às cláusulas do termo de credenciamento firmado entre as partes, e tem por objetivo normatizar as relações entre fundos administrados pelo CAMPREV e a sua rede credenciada.

O Manual de Regras e Condutas dos Fundos de Assistência à Saúde tem como finalidade estabelecer regras técnicas e operacionais das ações relacionadas à prestação da assistência de saúde, orientando o credenciado quanto aos procedimentos da regulação do acesso (autorização), da auditoria hospitalar e pré-pagamento, do atendimento e sistemática de adotada para a apresentação da produção e pagamento das despesas dela decorrente, bem como as formas de acesso para o relacionamento com a equipe gestora do Plano, não podendo, sob hipótese alguma, ser invocado para negativa de atendimento ambulatorial ou hospitalar.

Desta forma, os fundos de saúde - FAS e FASC reger-se-ão pelas normas, rotinas, tabelas e ferramentas auxiliares constantes deste Manual e seus anexos, para a solicitação, autorização, execução, auditoria, entrega da produção e pagamento de serviços assistenciais de saúde prestados pelos serviços contratados, em nível ambulatorial e hospitalar, considerando-se como nula e sem efeito, qualquer tipo de prestação de assistência não coberta, não autorizada ou não prevista no presente Manual.

Toda e qualquer alteração no presente Manual, ensejará, a cada contratado, o direito de não aceitar, tendo para tanto o prazo de trinta dias corridos, a partir da data de publicação, para manifestar-se. A não manifestação expressa e por escrito no prazo estabelecido, pressupõe a plena aceitação das alterações implantadas.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida presencialmente junto à coordenadoria dos Fundos, conforme Canais de Atendimento disponibilizados.

Contamos com a parceria e integração do credenciado para garantir o melhor desenvolvimento dos processos de regulação e auditoria, o que irá propiciar eficiência e satisfação das partes envolvidas na prestação dos serviços em saúde, e o atendimento de qualidade e efetividade aos beneficiários dos Fundos de Assistência à Saúde.

# MÓDULO I - ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO

A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas em regime de internação com pernoite ou na modalidade hospital-dia, em caráter eletivo ou de urgência/emergência. Nos Fundos compreende a internação em hospital geral ou especializado.

## 1.1 HOSPITAL-DIA/CLÍNICA-DIA

O termo *day hospital* ou *day clinic* significa hospital dia e compreende uma estrutura organizacional de uma instituição de saúde com um espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório.

Este modelo é uma alternativa à hospitalização clássica, constitui um regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, reconhecidos com **Procedimentos Médicos em Day Clinic**, estando seu uso indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas.

Em geral se destinam ao atendimento de cirurgias eletivas e ao atendimento do tipo intensivo de pacientes psiquiátricos que estão sendo reintegrados ao convívio social, ou seja, designa o hospital ou parte dele que oferece serviços terapêuticos, que os pacientes geralmente frequentam todos os dias, com retorno à residência ou para uma ala hospitalar, no período noturno.

Na assistência em saúde mental, o hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente, sendo sua utilização justificada como:

1. alternativa à hospitalização psiquiátrica;
2. continuidade à internação fechada;
3. extensão ao tratamento ambulatorial;
4. reabilitação e apoio a crônicos.

Os hospitais de dia mais comuns são os praticados nas áreas de psiquiatria, oftalmologia, oncologia, hematologia, ginecologia, cirurgia - geral, plástica, dermatologia, urologia, ginecologia e ortopedia, além de administração de medicamentos, exame de termografia ou termometria e colonoscopia com preparo hospitalar.

As cirurgias com internação de curta permanência incluem todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (à exceção dos que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. São realizadas com anestésias para cirurgias com internação de curta permanência, ou seja, aquelas que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais (anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida).

Condições para estabelecer os critérios para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia:

#### **Quanto à seleção dos pacientes:**

1. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da *American Society of Anesthesiologists* (1962), ou seja:

**ASA I** – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;

**ASA II** – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).

2. A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;

3. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;

4. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

#### **Quanto ao tipo de procedimento**

1 - Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;

2 - Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;

3 - Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;

Obrigatoriamente, para todo paciente, deverá ser aberto prontuário, a modelo da internação tradicional, constando todos os dados e informações pertinentes.

A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência não deverá ser solicitada quando:

- a) Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;
- b) Os procedimentos a serem realizados são extensos;

- c) Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;
- d) Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;
- e) Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

### **1.1.1 REGRAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS NA MODALIDADE DAY CLINIC, EM GERAL**

#### **1. Itens de serviços inclusos na diária modalidade *Day Clinic*:**

- a) Acomodação em enfermaria coletiva;
- b) Leito próprio;
- c) Higiene do paciente, troca de roupa de cama e banho estéreis e higienizadas;
- d) Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental
- e) Dieta/alimentação do paciente de acordo com a prescrição médica;
- f) Cuidados de enfermagem;
- g) Materiais de proteção individual - EPI (luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, pró-pé, entre outros);
- h) Ponto de oxigênio e vácuo;
- i) Climatização;
- j) Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).

#### **2. Itens de serviços não inclusos na diária modalidade *Day Clinic***

- a) Honorários médicos;
- b) Exames inerentes à patologia e, ou a causa que originou a internação do paciente (SADT),
- c) Materiais descartáveis, incluindo os especiais
- d) Medicamentos
- e) Gás medicinal
- f) Hemoterapia e hemoderivados;
- g) OPME, exceto quando mencionado nas inclusões
- h) Fornecimento de refeição para acompanhante de beneficiários internados que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais.

## 1.1.2 PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS

1. Nos procedimentos associados, o honorário médico será cobrado em 100% do procedimento de maior valor, acrescido de 50% de cada procedimento que for associado. Ex: postectomia (100%) + herniorrafia inguinal (50%).
2. Os procedimentos deverão ser realizados dentro do tempo cirúrgico previsto, ou seja, para efeito de contagem de tempo, será considerada a soma do tempo de uso de sala de cada procedimento, mantido o tempo máximo de permanência previsto para o *day clinic* (12 horas)
3. Se a internação em *Day Clinic* for agendada para realização do procedimento após às 18:00h, não será acrescido valor de pernoite, devendo a alta hospitalar ser concedida pelo médico assistente no dia seguinte até às 07:00h.
4. A **internação na modalidade *Day clinic* é para realização de procedimentos eletivos** efetuados, de regra, em horário diurno. Se houver uma excepcionalidade relacionada ao quadro mórbido do paciente e não à conveniência do médico, poderá ser autorizada a sua realização no horário noturno, mediante justificativa que será avaliada pela Central dos Fundos, não acrescentando nenhum valor.

## 1.1.3 PROCEDIMENTOS COBERTOS

Estão organizados na Tabela de Procedimentos Realizados na Modalidade Day Clinic, segundo o tipo do procedimento, tipo de anestesia, hora em day clinic, tempo de centro cirúrgico, inclusão e exclusão de itens de serviços.

Somente poderão ser realizados procedimentos na modalidade de *day clinic* os prestadores que detêm condições físicas e funcionais para este tipo de atendimento, comprovado previamente por vistoria *in loco*, previamente à contratação.

## 1.2 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### 1.2.1 NORMAS GERAIS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO

1. A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas, em regime de internação, seja de caráter eletivo ou originárias do atendimento de urgência/emergência.
2. Quanto aos locais de acomodação os Fundos reconhecem as seguintes modalidades para seus beneficiários:

- a) Internação em quarto coletivo e apartamento:



**a.1: FAS Quarto coletivo;**

**a.2: FASC Apartamento para menores de 18 anos e a partir de 60 anos.**

- b) Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, pediátrica e neonatal;
- c) Internação em Berçário de Alto Risco;
- d) Internação em Isolamento Hospitalar de Contato\*.

\***O ambiente é** composto de leito de isolamento para internação instalado em local dotado de barreiras contra contaminação e destinado à internação de paciente suspeito ou portador de doenças

transmissíveis ou leito de isolamento reverso instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à proteção de paciente altamente susceptível a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados (vistoria in loco).

Constitui precaução de contato para aplicação de medidas de prevenção da transmissão de agentes infecciosos através de contato direto ou indireto com o paciente ou ambiente, notadamente para pacientes infectados ou colonizados por bactérias multirresistentes, doenças graves e de alta infectividade/contagiosidade (meningococemia, hepatite A, varicela, p. ex.).

3. Quanto ao tipo, são reconhecidas/classificadas as seguintes:

- a) Internações clínicas
- b) Internações cirúrgicas
- c) Internações obstétricas
- d) Internações pediátricas
- e) Internações psiquiátricas

4. Quanto à origem compreendem:

- a) Eletivas
- b) De urgência/emergência

5. As ferramentas disponibilizadas pelos Fundos para solicitação e cobrança de procedimentos/serviços são:

- a) Guia de Solicitação da Internação;
- b) Guia de Solicitação e Registro de Exames Realizados (SP/SADT);
- c) Guia de Prorrogação de Internação;

6. A opção por acomodação superior será de inteira responsabilidade do paciente e, ou, responsável, que assumirá o ônus financeiro total pela referida opção, devendo estar registrada em Termo por Opção de Acomodação Superior, em três vias, sendo uma anexada ao prontuário e outra enviada quando da cobrança da conta hospitalar.

**7. Toda internação hospitalar exige autorização prévia, independentemente de seu**

tipo (clínica, cirúrgica, obstétricas, pediátricas ou psiquiátricas), origem (eletiva/urgência ou emergência), na acomodação contratada (enfermaria) ou em UTI. **A ausência do envio da documentação de solicitação** caracterizará o evento como de realização à revelia do plano, estando sujeito à glosa total ou parcial.

8. A solicitação da internação deverá ser feita diretamente para a central de guias dos Fundos, obedecendo aos seguintes critérios:

a) Eletivas:

- De posse da solicitação do médico, o beneficiário deverá direcionar à central de guias dos Fundos que irá emitir a guia de autorização. Podendo ser presencial ou digital

b) De urgência/emergência:

- A solicitação deverá ser feita no ato do atendimento pelo prestador para central de guias dos Fundos, para que seja feito o lançamento da mesma no sistema.

9. Em relação ao prestador, as autorizações de serviços assistenciais de saúde em beneficiário internado compreendem:

- a) a solicitação de autorização para internações;
- b) a solicitação de autorização para realização de SADT;
- c) a solicitação de próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos especiais;
- d) a solicitação de terapias seriadas em paciente internado;
- e) solicitação para prorrogação de internação;

10. Para fins de autorização **somente poderão ser solicitados procedimentos/exames cobertos pelos Fundos**, conforme o Rol de cobertura mínima da ANS e a Tabela Acordada. Para análise e liberação a solicitação deverá conter:

- a) Código do procedimento;
- b) Descrição do procedimento;
- c) Classificação do procedimento (grupo e subgrupo);
- d) Características do procedimento (exige autorização, exige perícia/dados clínicos, nível de autorização, nível de complexidade, local de atendimento, se cabe uso de prótese, se cabe uso de material especial);
- e) Valor final do procedimento, quando acordado pacote para procedimentos.

11. Também para fins de autorização deverão ser cumpridos os **pré-requisitos para**

**solicitação de procedimentos/exames**, em consonância com a **Quadro 01 a seguir**, que indica os dados/informações exigidas para a autorização do procedimento que está sendo solicitado. Os pré-requisitos para autorização dos procedimentos solicitados são parte obrigatória destas solicitações e a ausência dos mesmos pode ser impeditiva da autorização, temporária ou definitivamente.

**Quadro 01:** Pré-requisitos para autorização de procedimentos pela central de autorização dos Fundos:

<b>Tipos de Relatórios</b>	<b>Informações Complementares</b>
<b>Internações Clínicas</b>	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento e CID), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento.	+ Resultados de exames de imagem, laboratório, anatomopatológico.
	+ Relatório de especialista.
	+ Previsão da duração do tratamento.
<b>Internações Cirúrgicas</b>	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento + indicação da cirurgia.	+ Descrição das lesões (localização, quantidade, dimensões etc.).
	+ Resultado de exames complementares pré-operatórios (imagem, laboratório, anátomo patológico, e outros... ).
	+ Relatório técnico de revisão de procedimento (perícia).
	+ Resultado de exames Pré-Operatório, indicação do uso de OPME e Especificação da Órtese e Prótese – (cirurgia ou exame invasivo).
<b>Prótese Cirúrgica*</b>	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento + indicação para uso de Prótese + Especificação da Prótese (tipo), para o médico assistente.	Especificação clara da (s) OPME, com a compatibilização com o procedimento.
Solicitação para o fornecimento de Prótese + descrição do tipo e especificação + relatório médico (para o fornecedor cadastrado no Plano).	
<b>Oftalmologia</b>	

Guia de Solicitação de Internação/SP-SADT - Serviço Profissional /Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento. + descrição do exame oftalmológico complementar.	+ Exame oftalmológico complementar + solicitação para uso de OPME.  + Relatório técnico da revisão do procedimento (perícia).
<b>Material e Medicamento Especial</b>	
Relatório médico com solicitação e justificativa consubstanciada para uso do medicamento e, ou, do material especial.	+ Uso de Prótese
<b>Terapias Seriadas (paciente internado)</b>	
Relatório médico com solicitação, justificativa consubstanciada e indicação para realização do procedimento + previsão de duração do tratamento.	Relatório médico com solicitação e justificativa de prorrogação do tratamento + evolução clínica.
<b>Exames</b>	

Relatório médico com solicitação, justificativa detalhada do médico assistente e indicação para realização do exame.	Resultado de exames anteriores de imagem, laboratorial e anatomopatológico e outros (QSA).
--	--

12. **Mudança de local de acomodação:** Internação iniciada em enfermaria em que houve **necessidade de transferir o paciente para UTI**, deverá ser solicitada a nova acomodação, no novo local de internação. **A diária paga é a da acomodação de destino.**

13. **Mudança do tipo da internação:** Internação iniciada como clínica para qual se fez **necessária uma intervenção cirúrgica**, ou seja, indicação de cirurgia por conta de intercorrência/motivo não relacionado com a condição que deu origem à internação, **fechar a internação clínica e solicitar uma cirúrgica.**

14. Os Fundos **não cobrem internação prévia à realização de procedimento cirúrgico.** Caso haja indicação imperiosa esta deve ser justificada quando da solicitação da internação.

15. A **solicitação de prorrogação** deve estar compatível com a necessidade de permanência do paciente frente à morbidade/quadro clínico apresentado.

16. Quando a **alta do paciente for por transferência para outro hospital, não cabe pagamento de diária hospitalar para o hospital de origem**, tendo em vista que esta será paga para o hospital de destino.

17. Cabe **pagamento de diária na data da alta** para os casos de óbito.

18. A solicitação de procedimentos/serviços/exames para realização dentro da internação deverá estar compatível com a morbidade em tratamento, com a condição clínica do paciente e será avaliada pela Central dos Fundos.

## 19. Internação do Recém-nascido:

- a) O RN deverá estar registrado como dependente até o 30º dia de vida, sem o que não terá direito a cobertura assistencial dos Fundos.
- b) Até o 30º dia a internação do RN se dará no hospital em que o parto foi realizado;
- c) Cabe cobertura do atendimento ao recém-nascido em sala de parto (neonatologista plantonista), seja a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia, prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O<sub>2</sub> sob pressão positiva ou intubação traqueal.
- d) Se for necessário o RN permanecer internado após o 3º dia de vida, a internação deverá ser solicitada por meio da Guia de Solicitação de Internação com o diagnóstico da patologia, devendo obedecer aos trâmites normais, cabendo a cobrança da visita hospitalar ao paciente internado.
- e) Quando o parto for múltiplo o atendimento do pediatra na sala de parto será computado para cada recém-nato (100 e 70%).

20. Todos os **procedimentos realizados durante a internação do paciente devem estar registrados**, incluindo a descrição dos atos cirúrgicos pelo cirurgião principal, registro e identificação da participação do(s) auxílio(os) cirúrgico, se houver, ficha anestésica, boletim de enfermagem, bem como a especificação de todos os itens de serviços pertinentes, para envio dessas informações em conta.

21. Os **exames solicitados/realizados durante a internação estão fundamentados na necessidade do paciente**, considerando a pertinência com o diagnóstico/hipótese diagnóstica e com a condição clínica do paciente. Deverão constar no relatório enviado do paciente tanto as solicitações quanto os resultados (**laudos, películas, impressões gráficas, e outros**).

### 1.2.2 REGRAS ESPECÍFICAS POR ITENS DE SERVIÇOS QUE COMPÕEM A CONTA HOSPITALAR

A internação hospitalar, do ponto de vista de atividades que a integram, é composta pelos seguintes itens:

#### 1.2.2.1 DIÁRIAS

1. É a permanência de um paciente por um período mínimo superior a 12 horas em uma instituição hospitalar, e até 24 horas, utilizando-se de acomodações conforme contrato firmado. A diária hospitalar é indivisível e independe do horário de entrada do paciente no serviço.

2. Para os Fundos as internações que iniciarem entre 00:00 e 12:00 horas serão contadas como diárias integrais, ultrapassadas as 12 horas de permanência.

3. Já para as internações que iniciarem entre 00:00 e finalizaram até as 12:00h, serão contadas como meia diária. Caso seja necessária a permanência a maior do paciente, é que dar-se-á início à diária integral.
4. A diária se encerra às 12 horas, com tolerância de até 2 horas. Altas dadas após este período deverão ser justificadas.
5. Quando o paciente for transferido de uma acomodação para outra paga-se a diária da acomodação de destino (enfermaria) e não a de origem (UTI).
6. A data, o horário e o motivo da alta deverão estar registrada pelo médico assistente, com sua assinatura e registro do CRM, legíveis, podendo ser carimbada ou não.
7. Os Fundos não se responsabilizará por nenhuma despesa extraordinária que advirem fora das especificadas nos termos deste credenciamento, negociado entre as partes.

**Prorrogações de internações hospitalares/permanência**, sobre estas considerar:

1. A indicação de continuidade da internação do paciente para o atendimento clínico ou cirúrgico já liberado (em curso) **exige solicitação e autorização dos Fundos**, inclusive **identificando qualquer alteração havida ou pretendida** no atendimento do paciente, tais como:
  - a) inclusão de novos procedimentos cirúrgicos;
  - b) uso de prótese e materiais especiais mesmo aquelas que fazem parte do ato cirúrgico;
  - c) medicamentos para tratamentos oncológicos;
  - d) procedimentos de hemodinâmica;
  - e) procedimentos de radiologia intervencionista;
  - f) prorrogações das internações psiquiátricas, seja por doença ou dependência química.
2. A comunicação de solicitação de alteração/ alteração **deve ocorrer durante a internação** e não após a alta do paciente.
3. A **solicitação requer justificativa médica consubstanciada tecnicamente**, compatível com a necessidade de permanência do paciente frente à morbidade/quadro clínico apresentado.
4. A prorrogação da permanência somente poderá ser solicitada e consubstanciada tecnicamente por escrito, pelo médico assistente, e encaminhada pelo hospital, de duas formas:
  - a) Para a Central de Regulação dos Fundos, em horário comercial, de segunda a sexta-feira.
5. Por solicitação poderão ser pedidos até 03 dias, e a ausência de dados ou descrições vagas são impeditivas da avaliação da solicitação. Permanências a maior serão avaliadas.

6. Prorrogações não informadas/solicitadas aos Fundos durante o curso da internação não serão realizadas retroativamente (decorso de prazo).

### 1.2.2.1.1 TIPOS DE DIÁRIAS

**Quadro 02:** Tipos de diárias hospitalares cobertas pelos Fundos

Ord.	Nome
1	Diária de Enfermaria
2	<i>Day Clinic</i> (meia diária)
3	Diária de UTI Geral
4	Diária de UTI Neonatal (UTIN)
5	Diária de UTI Pediátrica
6	Diária de Berçário de Risco
7	Diária Global
8	Diária de Isolamento

#### **Diária de Enfermaria**

Composta de quarto coletivo para três ou mais pacientes, sem ou com acompanhantes, com banheiro comum, exceto nos casos previstos pela lei ou quarto coletivo com dois leitos com banheiro comum, com ou sem acompanhante, exceto os casos previstos em lei.

#### **Meia Diária (*Day Clinic*)**

Compreende a modalidade de assistência em que o paciente utiliza leito hospitalar e serviços somente no período de até 12 horas. Prestada por equipe técnica de apoio e infraestrutura adequada, geralmente é utilizada para realizar:

- a) Procedimentos clínicos/diagnósticos/terapêuticos que necessitem de suporte técnico especializado;
- b) Procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar;

#### **Diária de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**

Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, ou seja, o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, com presença médica permanente (médico plantonista

de UTI/12 horas), o médico intensivista diarista/responsável técnico, de acordo com a Portaria/MS nº 3.432 de 12.08.98 e Portaria/MS nº 895, de 31.03.2017.

### **Diária Global**

Constitui uma modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar caracterizada por precificação única, para tratamento clínico ou cirúrgico.

Aplica-se, de regra geral, para casos que tenham média de permanência compatível para a doença que motivou a internação.

As diárias globais clínicas são cobradas considerando a permanência do paciente e a acomodação utilizada (apartamento, enfermaria, hospital dia, unidade semi-intensiva, UTI e isolamento).

**Compreende** um conjunto de serviços hospitalares englobando itens tais como:

- a) serviços de enfermagem;
- b) materiais de consumo;
- c) dieta do paciente;
- d) despesas com acompanhante (de acordo com a legislação);
- e) medicamentos;
- f) honorários médicos;
- g) SADT; e
- h) materiais especiais.

**Itens de serviços INCLUSOS NA DIÁRIA GLOBAL para os quais não cabe pagamento em separado:**

Hotelaria: Leito, troca de roupa de cama e banho do paciente, cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e correlatos;

- a) Despesas com acompanhantes, nos casos previstos em contrato e em lei;
- b) Alimentação do paciente;
- c) Custo e manutenção com equipamentos médico-hospitalares de uso permanente ou não;
- d) **Todos os materiais, inclusive EPI.**

**ITENS EXCLUSOS DA DIÁRIA GLOBAL, cabendo pagamento em separado**

- a) Procedimentos clínicos e cirúrgicos;



- b) Pequenos procedimentos cirúrgicos (passagem de cateter central, drenagem torácica, paracentese, troca cânula de traqueostomia, troca de *botton* de gastrostomia e assemelhados);
- c) Serviços auxiliares diagnósticos e terapia (SADT); Medicamentos inerentes ao tratamento;
- d) Materiais descartáveis e especiais;
- e) Próteses cirúrgicas;
- f) Gases medicinais;
- g) Taxas negociadas (serviços, equipamentos, salas);
- h) Contrastes.

### **Diária de isolamento**

Composta de **leito de isolamento** para internação instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à internação de paciente suspeito ou portador de doenças transmissíveis ou **leito de isolamento reverso** instalado em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinado à proteção de paciente altamente susceptível a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

### 1.2.2.1.2 ITENS INCLUSOS E NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES, POR LOCAL DE ACOMODAÇÃO

**Quadro 03:** Itens inclusos e não inclusos nas diárias hospitalares

Tipo	Itens inclusos	Itens Exclusos
<p><b>Diária hospitalar - Apartamento / Apartamento Coletivo (enfermaria)/ Day Clinic</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da ANVISA);</li> <li>› Acomodação individualizada (com banheiro);</li> <li>› Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura);</li> <li>› Cama para paciente/troca de roupa de cama e banho do paciente, roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente;</li> <li>› Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito;</li> <li>› Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo (quando não negociado);</li> <li>› Avaliação e orientação nutricional no momento da alta;</li> <li>› Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);</li> <li>› Pulseira de identificação do paciente e acompanhante, qualquer tipo ou modelo;</li> <li>› Dieta via oral de acordo com a prescrição médica e fórmulas infantis;</li> <li>› Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Honorários médicos;</li> <li>▶ O parecer de especialista (quando justificado no prontuário do paciente e de acordo com as regras estabelecidas neste documento);</li> <li>▶ Exames inerentes à patologia ou a causa que originou a internação do paciente (SADT);</li> <li>▶ Dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação);</li> <li>▶ Hemoderivados;</li> <li>▶ Próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos especiais, cobertos pelos Fundos.</li> </ul>

	<p>›Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem (medidas antropométricas, administração de medicamentos por qualquer via, enemas, irrigações, lavagens, controle de diurese, medida de débitos – fístulas, sondas, ostomias, aspiração orotraqueal/nasotraqueal, controle de sinais vitais, higienização do paciente, mudança de decúbito, trocas de roupas, fraldas, realização/troca de curativos, sondagens, instalação e manutenção de venóclise, preparo do paciente para exames e, ou, procedimentos cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, transporte do paciente dentro do ambiente hospitalar, preparo do corpo em caso de óbito, entre outros característicos da atividade);</p> <p>›Taxa de enfermagem de paciente cirúrgico;</p> <p>›Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;</p> <p>›Equipamentos e materiais médico-hospitalares de uso permanente e obrigatório, incluindo o transporte dos mesmos (Raios X portátil, ECG, berço e equivalentes);</p> <p>›Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;</p> <p>›Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propés e botas);</p> <p>›Materiais para esterilização, higienização, assepsia e antisepsia em geral (álcool, álcool gel para eletrodo, éter, iodopovidona- PVPI, tópico/degermante, clorexidina tópica/degermante, detergente enzimático, glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio, e outros do gênero); esparadrapo, micropore, <i>stop blood</i>, <i>bulldog</i>, compressa, fralda (somente com autorização);</p> <p>›Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar: i) descartáveis como anuscópio, aparelho para tricotomia, espátula de madeira, ácido acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, eletrodo para ECG, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço,</p>	<p>▶ Medicamentos necessários à assistência ao paciente;</p> <p>▶ Material de consumo e especial;</p> <p>▶ Gases medicinais;</p> <p>▶ Taxas negociadas.</p>
--	--	---

	<p>marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico, etc.; ii) materiais para exames de laboratório tais como: seringas, agulhas, tubo de Vacutainer, diluente para coleta de sangue, coletores de urina e fezes, e outros inclusos na remuneração dos exames.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>›Ponto de oxigênio e vácuo;</li><li>›Ar condicionado (climatização);</li><li>›Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).</li></ul>	
--	--	--

<p><b>Diária de UTI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Acomodação individualizada (com banheiro);</li> <li>›Roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente;</li> <li>›Indumentárias dos profissionais e pacientes;</li> <li>›Material de higiene e assepsia do paciente;</li> <li>›Higienização do ambiente utilizado;</li> <li>›Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem;</li> <li>›Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros</li> <li>›Dieta do paciente, exceto dietas industrializadas;</li> <li>›Prescrição, evolução e atendimento de intercorrências;</li> <li>›Avaliação admissional na UTI;</li> <li>›Monitor cardíaco/pressão não invasiva - PNI;</li> <li>›Bombas de infusão;</li> <li>›Aspirador portátil e a vácuo/irrigador;</li> <li>›Oxímetro;</li> <li>›Respirador;</li> <li>›Desfibrilador/cardioversor;</li> <li>›Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo (quando não negociado);</li> <li>›Eletrodos;</li> <li>›Incubadora;</li> <li>›Berço aquecido;</li> <li>›Fototerapia;</li> <li>›Capnógrafo;</li> <li>›Kit de CPAP nasal e umidificador aquecido;</li> <li>›Capacete de Hood.</li> <li>›Intubação;</li> <li>›Punção venosa profunda;</li> <li>›Monitorização cardíaca;</li> <li>›Cardioversão;</li> <li>›Reanimação cardiopulmonar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Honorários médicos: intensivista, diarista quando comprovadamente houver e parecer de especialista (quando justificado e de acordo com as regras estabelecidas);</li> <li>›Medicamentos relacionados à patologia do paciente e aos procedimentos realizados;</li> <li>›Material de consumo e especial;</li> <li>›SADT;</li> <li>›Gases medicinais;</li> <li>› Hemoderivados;</li> <li>›Diálise</li> <li>›Dietas industrializadas enteral/ parenteral (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação).</li> </ul>
-----------------------------	---	--

<p><b>Diária de UTIN*</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Material e equipamento para reanimação;</li> <li>›Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura;</li> <li>›Ventilador pulmonar mecânico microprocessado</li> <li>›Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria;</li> <li>›Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos (bomba de infusão);</li> <li>›Conjunto de nebulização, em máscara;</li> <li>›Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto inflável com máscara e reservatório;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Honorários médicos do plantonista/diarista;</li> <li>› Pareceres de especialistas;</li> <li>› Medicamentos;</li> <li>› Materiais descartáveis ou especiais;</li> <li>› SADT;</li> <li>› Gases medicinais</li> <li>› Hemoderivados;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Bandejas contendo material apropriado para punção, drenagem, diálise peritoneal, acesso venoso profundo, punção; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;</li> <li>›Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade;</li> <li>›Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;</li> <li>›Oftalmoscópio e otoscópio;</li> <li>›Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil;</li> <li>›Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar;</li> <li>›Estadiômetro ou fita métrica</li> <li>›Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;</li> <li>›Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva;</li> <li>›Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga);</li> <li>›Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia;</li> <li>›Incubadora com parede dupla;</li> <li>›Incubadora para transporte completa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Dietas industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Balança eletrônica portátil;</li> <li>›Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado.</li> </ul>	
<p><b>Berçário de Risco</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Berços de acrílico</li> <li>›Berço de calor radiante;</li> <li>›Incubadoras simples;</li> <li>›Fototerapia</li> <li>›Monitor multiparâmetros;</li> <li>›Ressuscitador manual tipo balão auto inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo;</li> <li>›Capacetes/ capuz para oxigênio;</li> <li>›Termômetro digital individual;</li> <li>›Estetoscópio individual;</li> <li>›Esfignomanômetro;</li> <li>›Otoscópio e oftalmoscópio;</li> <li>›Material e equipamento para reanimação;</li> <li>›Conjunto de nebulizador e máscara;</li> <li>›Aspirador/aspirador portátil;</li> <li>›Bomba de infusão;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Honorários médicos do plantonista/diarista;</li> <li>› Pareceres de especialistas;</li> <li>› Medicamentos;</li> <li>› Material de consumo e descartáveis;</li> <li>› Luva estéril;</li> <li>› SADT;</li> <li>› Hemoderivados;</li> <li>› Dietas industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>›Aparelhos de fototerapia;</li><li>›Balança eletrônica;</li><li>›Negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X;</li></ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Oxímetro de pulso;</li> <li>›Indumentárias dos profissionais e pacientes;</li> <li>›Material de higiene;</li> <li>›Serviços de enfermagem;</li> <li>›Dieta do paciente, exceto dietas industrializadas.</li> <li>›Se não fizer parte de uma Unidade Neonatal com UTIN, deverá contar ainda com os seguintes equipamentos:</li> <li>›Ventilador pulmonar microprocessado;</li> <li>›Bandejas para procedimentos de punção, drenagem, curativos, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;</li> <li>›Incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;</li> <li>›Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva;</li> <li>›Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga).</li> </ul>	
<p><b>Diária</b> <b>de</b> <b>Isolamento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>›Espaço físico (de acordo com as especificações da ANVISA);</li> <li>›Acomodação individualizada (com banheiro);</li> <li>›Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura);</li> <li>›Cama para paciente/troca de roupa de cama e banho do paciente, roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente;</li> <li>›Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito;</li> <li>›Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo (quando não negociado);</li> <li>›Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.);</li> <li>›Dieta via oral de acordo com a prescrição médica e fórmulas infantis;</li> <li>›Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Honorários médicos;</li> <li>› O parecer de especialista (quando justificado no prontuário do paciente e de acordo com as regras estabelecidas neste documento);</li> <li>› Exames inerentes à patologia ou a causa que originou a internação do paciente (SADT);</li> <li>› Dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e com</li> </ul>

	<p>‣Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem (medidas antropométricas, administração de medicamentos por qualquer via, enemas, irrigações, lavagens, controle de diurese, medida de débitos – fístulas, sondas, ostomias, aspiração orotraqueal/nasotraqueal, controle de sinais vitais, higienização do paciente, mudança de decúbito, trocas de roupas, fraldas, realização/troca de curativos, sondagens, instalação e</p> <p>manutenção de venóclise, preparo do paciente para exames e,</p>	<p>autorização prévia pela auditoria/regulação);</p> <p>‣ Hemoderivados;</p> <p>‣ Próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos especiais, cobertos pelos Fundos.</p> <p>‣ Medicamentos necessários à assistência ao paciente;</p>
--	---	---

	<p>ou, procedimentos cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, transporte do paciente dentro do ambiente hospitalar, preparo do corpo em caso de óbito, entre outros característicos da atividade);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;</li> <li>‣ Equipamentos e materiais médico-hospitalares de uso permanente e obrigatório, incluindo o transporte dos mesmos (Raios X portátil, ECG, berço e equivalentes);</li> <li>‣ Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;</li> <li>‣ Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propés e botas);</li> <li>‣ Materiais para esterilização, higienização, assepsia e antisepsia em geral (álcool, álcool gel para eletrodo, éter, iodopovidona- PVPI, tópico/degermante, clorexidina tópica/degermante, detergente enzimático, glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio, e outros do gênero); esparadrapo, micropore, <i>stop blood</i>, <i>bulldog</i>, compressa, fralda (somente com autorização);</li> <li>‣ Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar: i) descartáveis como anuscópio, aparelho para tricotomia, espátula de madeira, ácido acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, eletrodo para ECG, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço, marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico, etc.; ii) materiais para exames de laboratório tais como: seringas, agulhas, tubo de Vacutainer, diluente para coleta de sangue, coletores de urina e fezes, e outros inclusos na remuneração dos exames.</li> <li>‣ Ponto de oxigênio e vácuo;</li> <li>‣ Ar condicionado (climatização);</li> <li>‣ Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‣ Material de consumo e descartáveis;</li> <li>‣ Gases medicinais;</li> <li>‣ Taxas negociadas.</li> </ul>
--	---	---

\* A internação do RN na UTIN está indicada nas seguintes situações:

- 1.2.2.1.2.1 RN em uso de suporte ventilatório (respirador de volume, máscara de Venturi, ventilação não invasiva);
- 1.2.2.1.2.2 Hidratação venosa por veia central ou cateterismo umbilical;
- 1.2.2.1.2.3 Em uso de antibiótico por veia central ou cateterismo umbilical;
- 1.2.2.1.2.4 Alimentação parenteral;
- 1.2.2.1.2.5 Exsanguíneo transfusão;
- 1.2.2.1.2.6 Instabilidade respiratória (taquipneia, batimentos de asa de nariz);
- 1.2.2.1.2.7 RN com peso menor que 1600g;
- 1.2.2.1.2.8 RN em uso de medicações em bomba de infusão contínua ou bomba de seringa.
- 1.2.2.1.2.9 Outras condições clínicas poderão ser solicitadas, desde que tecnicamente fundamentadas pelo médico assistente/solicitante, para avaliação da Central dos Fundos.

## 1.2.2.2 HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

### 1.2.2.2.1 REGRAS GERAIS

1. É o pagamento do procedimento executado pelo (s) profissional (ais) responsável(is) pelo atendimento do paciente, remunerados conforme a valoração atribuída a cada procedimento coberto pelos Fundos, constante da tabela vigente adotada pelo Plano e acordada com os prestadores, não cabendo nenhum acréscimo de valores aos honorários acordados, seja no atendimento ambulatorial ou hospitalar.
2. Os honorários médicos devidos à internação cirúrgica na modalidade *Day Clinic* serão pagos conforme o local de atendimento coberto (enfermaria).
3. **Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos**, realizados em caráter de urgência/emergência, **quando executados das 19:00 às 07:00 horas e em qualquer horário de domingos e feriados** oficiais (contados do início da cirurgia), **farão jus a um adicional de 30% ao valor de seu porte.**
4. O Plano paga os honorários nos atendimentos em horários especiais, desde que:
  - a) o atendimento requeira de fato realização em horário especial por indicação absoluta da condição do paciente, e não por conveniência da equipe;
  - b) os registros do atendimento estejam em conformidade com o exigido;
  - c) as informações sejam comprobatórias da realização do serviço na sua completude (dados obrigatórios assentados no prontuário do paciente).

5. **Não serão acrescidos 30%** sobre serviços médicos tais como consultas médicas, visitas hospitalares, plantão em UTI, tratamento conservador de fraturas, S.A.D.T. (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia) e honorários médicos de cirurgias eletivas.
6. Nas **intervenções por diferentes vias de acesso** (abdome e tórax, p. ex.) deve ser adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
7. Os atos do médico assistente ou de especialistas prestados aos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, independentemente do local de origem do paciente, considerando 4os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário, e no limite de 3 (três) por semana.
8. **Nos atos cirúrgicos os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até 10 (dez) dias após a cirurgia**, não cabendo a cobrança de honorários médicos. Esgotado este prazo, os honorários médicos serão pagos na forma de Visita Hospitalar ao Paciente Internado.
9. Da mesma forma não serão pagas as re-operações pela mesma morbidade dentro dos 10 dias do pós-operatório imediato, os curativos cirúrgicos realizados pelo cirurgião, bem como a retirada de pontos, dentro do prazo acima referido.
10. Novos procedimentos cirúrgicos neste prazo, não relacionados ao primeiro, serão remunerados conforme tabela.
11. Caso o paciente receba alta hospitalar e seja indicada re-operação para tratamento da mesma morbidade que gerou a internação anterior, antes de completados os dez dias de pós-operatório da primeira cirurgia, a equipe deverá ser remunerada.
12. Não será pago a visita hospitalar na data da alta do paciente, a não ser em casos óbito, alta a pedido (registrada e assinada pelo paciente ou responsável, e anexada à conta hospitalar) ou transferência para outro hospital.
13. Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de o cirurgião **atuar em vários órgãos, regiões** ou em múltiplas estruturas articulares, a partir **da mesma via de acesso**, o honorário da cirurgia será o que corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do valor deste para cada um dos demais atos praticados, **desde que não haja um código específico para o conjunto (código agregador)**, a modelo dos exemplos a seguir.
  - a) **Histectomia Total com Anexectomia uni ou bilateral abdominal** (3.13.03.12-9, **código agregador**) pode englobar os procedimentos **Histectomia Total** (3.13.03.10-2) + **Salpingectomia** (3.13.04.04-4) e **Ooforectomia** (3.13.05.01-6);
  - b) **Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento** 3.01.01.78-6 + **Desbridamento cirúrgico – por unidade topográfica (UT)**3.01.01.28-0

14. Cirurgias múltiplas por diferentes vias de acesso: Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
15. **Cirurgias bilaterais**: Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
16. Quando **duas equipes distintas** realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma das equipes de acordo com o valor do porte previsto para o procedimento que cada qual realizou.
17. **Ato integrante de outro**: Quando um ato cirúrgico for **parte integrante de outro, valorar-se-á** não o somatório do conjunto, mas **apenas o ato principal**. Vias de acesso não são pagas.
18. Nas **cirurgias pediátricas realizadas em recém-nascido com peso inferior a 2,500g**, fica previsto acréscimo de 100% sobre o valor do procedimento realizado.
19. Nos casos cirúrgicos quando se fizer necessário o acompanhamento ou assistência de outro especialista, seus honorários serão pagos de acordo com o atendimento prestado no valor previsto na tabela negociada vigente (monitorização neurofisiológica, p. ex.). O acompanhamento por clínico deverá ser justificado e necessariamente autorizado pela regulação médica.
20. Para o tratamento clínico em regime de internação, os honorários serão equivalentes aos de uma visita hospitalar.
21. Quando o quadro do paciente clínico ou cirúrgico necessitar de acompanhamento por mais de um profissional, de especialidade diferente, se paga Visita Hospitalar especializada, desde que esteja registrada no prontuário e verificada pelo auditor, até o limite de 01 (uma), por semana. As exceções serão objeto de análise pela equipe de auditoria do Plano, cabendo-lhes o direito de aprovar ou indeferir.
22. Na terapia transfusional os honorários são pagos ao médico hemoterapeuta por cada unidade hemoterápica aplicada/retirada, desde que comprovada sua participação com registro no prontuário do paciente. O ato médico refere-se à instalação, no paciente, do sangue e ou de seus hemocomponentes, sob a responsabilidade deste especialista.
23. Os honorários médicos relativos a tratamento clínico de problemas ortopédicos, em regime de internação, equivalem a uma visita hospitalar.
24. A remuneração de honorários médicos pela realização de procedimentos em pacientes em tratamento sob regime de internação (cirurgias, visitas hospitalares, plantões em UTI, pareceres, e demais cabíveis) só poderá ser realizada através da geração, pelo prestador, no sistema informatizado da guia de honorários médicos.
25. As guias de cobrança de honorários deverão ser entregues na **Central dos Fundos**, juntamente com a produção mensal para fins de auditoria.
26. Não cabe cobrança de honorários para a primeira imobilização gessada nos

procedimentos cirúrgicos ortopédicos e traumatológicos. A exceção é para a primeira imobilização em tratamento clínico (entorses, contusões e distensões musculares, p. ex.).

27. Se houver a indicação para colocação simultânea de mais de um aparelho gessado, os honorários médicos para o primeiro correspondem a 100% do valor do seu porte. Para os demais, 70% daquele valor.

28. Não cabe a cobrança de honorários para troca de aparelho gessado realizada em ato posterior, porque a mesma está inclusa no valor do porte do novo procedimento realizado.

29. Nos procedimentos radiológicos o pagamento dos honorários previstos cabe somente ao profissional especializado, o radiologista, com comprovação de residência médica ou título de especialista.

30. No caso de parto múltiplo, o atendimento ao recém-nascido, para efeito de valoração, será considerado individualmente.

31. Quando realizado angiografia diagnóstica ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto:

- a) Se a atuação se deu em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a valoração do radiologista corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.
- b) Se ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte do procedimento considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- c) Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

32. Procedimentos de Fisiatria deverão ser realizados exclusivamente por médicos fisiatras, com comprovação ao Plano de sua titularidade (título de especialista), devendo a cobrança dos honorários relativos a esta assistência ser efetuada mediante lançamento, na guia de serviços, dos códigos específicos para estes profissionais.

33. Os honorários pagos pelo atendimento ao queimado dão-se segundo a Unidade Topográfica-UT tratada. Por UT entende-se o segmento do corpo delimitado por uma área aproximada de 9% de superfície corpórea, que no corpo humano são em número de 11 (onze), ou seja: cabeça e pescoço; cada um dos membros superiores; face anterior do tórax; face posterior do tórax; abdome; nádegas (da cintura à raiz da coxa); cada uma das coxas e cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT, à parte, de 1%.

**Sobre os honorários para PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR VÍDEO:** Verificar a cobertura conforme tabela acordada e a autorização emitida.

34. Os honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos realizados por vídeo são pagos de acordo com a tabela contratada, **sem incidência de acréscimos**, estando sujeitos às

condições gerais de internação.

35. Quando um ato cirúrgico por vídeo laparoscopia for convertido para técnica convencional, os honorários corresponderão ao porte do procedimento realizado de forma convencional.

36. Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia diagnóstica for convertido para cirúrgica, paga-se os honorários correspondentes a última.

#### **1.2.2.2 HONORÁRIOS DE AUXÍLIO CIRÚRGICO**

Para os honorários de auxílio cirúrgico, cabem as seguintes regras gerais:

1. Honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos: Deverão ser pagos se efetivamente prestarem o serviço, sendo que o pagamento pelos serviços prestados poderá ser feito de forma independente dos honorários do cirurgião principal (temporalidade). São fixados nas seguintes proporções:

a) primeiro auxiliar - 30% do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;

b) segundo e terceiro auxiliares - 20%, quando o ato exigir.

2. Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, os auxiliares serão remunerados de acordo com os auxílios previstos para cada ato cirúrgico, em conformidade com os procedimentos dos quais, comprovadamente, participarem.

3. Quando forem realizadas cirurgias distintas, porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares seguirá o estabelecido nas regras para atuação em vários órgãos pela mesma via de acesso ou por vias diferentes.

4. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

5. A constatação da participação de auxiliares deverá ser realizada por meio da descrição sumária e assinatura nos documentos de registro do ato cirúrgico tais como Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não deverão ser pagos. Somente serão pagos os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço.

#### **Observações**

a) Os Fundos não pagam instrumentador cirúrgico, pois a instrumentação é parte integrante da composição da Taxa de Sala de Cirurgia, e é realizada por colaboradores integrantes do quadro de contratados do hospital.

b) Constitui dolo a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar(es) (Código de Ética Médica).



### 1.2.2.2.3 HONORÁRIOS DO INTENSIVISTA PLANTONISTA E DIARISTA DE UTI:

Para os honorários do intensivista plantonista e diarista de UTI, cabem as seguintes regras gerais:

1. UTI é uma **acomodação coletiva** especializada no atendimento de pacientes graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, **com assistência médica permanente**.
2. Os honorários de plantonista de UTI devem ser pagos com base na acomodação coletiva de UTI e não poderão ser complementados, independentemente de ser o paciente originário de enfermaria, apartamento ou de acesso direto.
3. Os honorários dos médicos intensivistas plantonista de UTI serão pagos por plantão de 12 horas corridas, e por paciente, de acordo com os valores da tabela de honorários vigentes, independente do plano do usuário.
4. Os procedimentos por ele realizados (intubação, cardioversão, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, punção venosa tipo intracath) **estão inclusos** em seus honorários. Por outro lado, **não estão inclusos** nos honorários do plantonista, procedimentos tais como diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso e traqueostomia, que serão valorados à parte, de acordo com a tabela vigente, para o profissional que os realizou.
5. O atendimento do intensivista diarista (não plantonista), quando comprovadamente houver, será remunerado por dia (a cada 24h) e por paciente, desde que efetivamente realizado e registrado no prontuário do paciente.
6. Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como Visita Hospitalar e Parecer de Especialista, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.
7. Os atos do médico assistente (cobrado no código de visita) ou de especialista (cobrado no código da especialidade) nos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário (máximo 3 por semana).

### 1.2.2.2.4 HONORÁRIOS DO ANESTESISTA

Para os honorários do anestesista cabem as seguintes regras:

1. A consulta de anestesia compreende a avaliação pré-anestésica antes da admissão do paciente na unidade hospitalar, incluindo as principais ferramentas/etapas do diagnóstico clínico – anamnese e exame físico, podendo ser auxiliados pelos exames complementares, o que exclui a visita pré-anestésica imediatamente à execução da

anestesia.

2. Quando for solicitada consulta com o anestesiológico, **será necessária autorização prévia (guia).**
3. Os honorários do anestesista **mantêm correspondência com os proporcionalidade dos atos cirúrgicos** (pequeno, médio e grande porte, segundo o risco cardiológico, ou seja, quanto a probabilidade de perda de fluído e sangue durante sua realização e, também, em relação ao tempo de duração do ato cirúrgico).
4. O ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de seguimento em UTI.
5. Na valoração dos portes de referência para o anestesista estão inclusos a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do cirurgião, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, tanto em regime de internação como ambulatorial. Nos casos não previstos é necessária a autorização prévia dos Fundos.
6. Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0 e nos Procedimentos Clínicos Hospitalares, a remuneração deste especialista será equivalente ao **Porte 3**, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário, do ato anestésico.
7. A utilização de anestesia loco-regional com ou sem sedação e de anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida nas cirurgias de pequeno e médio porte, deverão ser realizadas sempre com retaguarda hospitalar;
8. Para os atos anestésicos em caso de cirurgia bilateral, para o lado contralateral, os honorários médicos corresponderão a 50% do valor do procedimento.
9. Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da MESMA VIA DE ACESSO ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anestesiológico será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.
10. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o **mesmo ato anestésico** procedimentos diagnósticos ou terapêuticos ou procedimentos cirúrgicos diferentes ATRAVÉS DE OUTRAS INCISÕES (exceto aquela complementar do atoprincipal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anestesiológico serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.
11. Quando for aplicada a sedação do paciente para realização de procedimentos que não possuem porte anestésico deverá haver a justificativa técnica para a realização da mesma.

### **1.2.2.3 INTERNAÇÃO EM UTI**

1. Toda internação em UTI exige autorização até 72h úteis, inclusive as oriundas do atendimento de urgência/emergência, para as quais a solicitação deve ser concomitante à internação do paciente neste ambiente hospitalar.
2. Nos casos excepcionais, de absoluta impossibilidade, e somente para aquelas originárias da emergência, o prestador deve providenciar a regularização da internação no prazo máximo de 72 horas pós o início do atendimento, mediante o envio da documentação exigida.
3. A solicitação deverá ser dirigida para a Central de Guias.
4. Quando houver troca de acomodação de enfermaria para UTI, a mesma dar-se-á mediante solicitação/autorização da Central de Guias.

#### **4.2.2.3.1 CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E ALTA EM UTI**

1. A UTI presta serviços que incluem tanto os de monitoramento quanto o tratamento intensivo. Estes últimos têm prioridade I sobre aqueles de monitoramento (prioridade II). O critério de admissão e alta em UTI também está baseado na reversibilidade do problema clínico, bem como os benefícios que os cuidados intensivos possam trazer para o paciente e na perspectiva de recuperação do mesmo.
2. É de responsabilidade do médico assistente do paciente requerer a admissão em UTI e do intensivista plantonista requerer prontamente a transferência quando o paciente atingir critérios de alta.
3. A tomada de decisão quanto à continuidade, limitação ou suspensão de cuidados intensivos, obrigatoriamente, será com base em dados objetivos sobre a doença e o prognóstico.

#### **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTI**

##### **Prioridade I**

Deve ser dada, prioritariamente, aos pacientes agudos instáveis que necessitam de cuidados intensivos com intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Como exemplo vale citar: pós-operatório de cirurgias cardíacas, pós-operatório de endarterectomias carotídeas, pacientes em uso de infusão de dopamina, choque séptico.

##### **Prioridade II:**

Pacientes que na admissão não são agudos, mas cujas condições requerem serviços tecnológicos para monitoramento na UTI. Tais pacientes se beneficiam do

monitoramento intensivo e estão em risco de necessitarem imediatamente de tratamentos intensivos.

### **Prioridade III:**

Pacientes agudos, instáveis, cujas condições prévias de saúde, doença de base ou gravidade, sejam isoladas ou conjuntamente, comprometam severamente o prognóstico de cura ou melhora. São exemplos, casos de câncer metastático complicado com infecção, tamponamento pericárdico ou obstrução de vias aéreas ou ainda pacientes com doença cardíaca ou pulmonar terminal complicada por agudização. Estão neste grupo pacientes que recebem cuidados terapêuticos para alívio de complicações agudas, excluindo medidas com entubação e ressuscitação cardiorrespiratória.

### **Pacientes que não preenchem critérios de admissão:**

Pacientes com confirmação clínica ou laboratorial de morte encefálica (tais pacientes podem ser admitidos apenas para manutenção de função respiratória e cardiovascular até a retirada de órgãos, quando forem doadores).

Pacientes conscientes que recusem a terapia de suporte.

Pacientes em coma de origem traumática, em estado vegetativo permanente. Tais pacientes só devem ser admitidos na UTI em circunstâncias excepcionais, a critério do intensivista ou diarista de UTI.

## **CRITÉRIOS DE ALTA EM UTI**

### **Pacientes de prioridade I:**

Alta quando não têm mais necessidade de tratamento intensivo ou quando o tratamento não teve sucesso e o prognóstico é extremamente mau, sem possibilidade de melhora.

### **Pacientes com prioridade II:**

Alta quando a monitorização não apontou a necessidade de cuidados intensivos e não existe a necessidade de monitorização.

### **Pacientes com prioridade III:**

Alta quando não tiver mais necessidade de tratamento intensivo, podendo ter alta antes, se o prognóstico for fechado.

A continuidade do tratamento desses pacientes, inclusive com cuidados especializados, **requer atenção adequada, não intensiva, na nova acomodação.**

Atenção para pacientes que possivelmente não se beneficiam de cuidados intensivos: Idosos com falência de três ou mais sistemas que não apresentaram resposta

após 72 (setenta e duas) horas de UTI; pacientes em morte encefálica ou coma de origem não traumática, que estejam em estado vegetativo permanente e com possibilidade muito pequena de melhora significativa; aqueles que estão com cuidados limitados exclusivamente para conforto; os pacientes com insuficiência respiratória prolongada, que não respondem aos cuidados iniciais e com tumores hematológicos, cabendo ainda vários outros diagnósticos (DPOC avançada, cardiopatia terminal, carcinoma disseminado, etc.), que não apresentam resposta aos cuidados intensivos, com prognóstico mau para os quais não haja terapia possível de alterá-los, e paciente fisiologicamente estáveis, com pequeno risco de necessitarem de cuidados intensivos, como por exemplo pós-operatório estável de endarterectomia carotídea ou enxerto aorto femoral, overdoses de drogas, convulsões, ICC moderada.

Preferencialmente tais pacientes devem ser encaminhados para uma unidade intermediária, se existir, conforme indicação médica consubstanciada.

#### 1.2.2.4 PROCEDIMENTOS

##### 1.2.2.4.1 REGRAS GERAIS

1. A solicitação de qualquer procedimento coberto pelos Fundos para realização em regime de internação deverá basear-se em **dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que os corroborem** e na **real necessidade** do tratamento do paciente neste regime.
2. Todo procedimento deverá ser **solicitado em documento padronizado**, a Guia de Solicitação de Internação, **deverá conter todas as informações solicitadas e legíveis, destacando a descrição clara e objetiva do quadro clínico (sinais e sintomas), resultado de exames complementares realizados e outros aplicáveis, que corroborem o diagnóstico ou hipótese diagnóstica (CID).**
3. Todo procedimento eletivo solicitado deverá, **preferencialmente**, estar relacionado à especialidade do médico assistente do paciente.
4. Os procedimentos **clínicos ou cirúrgicos de CARÁTER ELETIVO**, também deverão ser solicitados à central de guias. O beneficiário deverá ser orientado a procurar esta Central com a solicitação, laudos, relatórios e resultados de exames complementares, para realização do processo regulatório pré-autorização, que pode incluir perícia presencial. A solicitação tem a validade de 60 (sessenta) dias a partir da data em que foi solicitado o procedimento, para serem ou não autorizados.
5. Para realização de procedimento em paciente oriundo do atendimento de urgência/emergência a solicitação da internação/ procedimento(s) deverá ser solicitado para a central de guias em até 72 horas.
6. Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior para o procedimento que foi já realizado, deverá ser feita a solicitação prévia, com justificativa da sua necessidade, cabendo ao médico o pagamento pela troca (honorários), obedecidos

os valores da Tabela vigente. Materiais e medicamentos cabíveis e taxas negociadas serão pagos à parte.

7. Nos casos de colocação simultânea de mais de um aparelho gessado, os honorários médicos para o primeiro correspondem a 100% do seu valor e, para os demais, 70% daquele.

8. A **ressecção transuretral é o procedimento padrão para diagnóstico, estadiamento e tratamento dos tumores superficiais de bexiga urinária**, também sendo utilizada nas lesões infiltrativas de diagnóstico inicial ou baixo grau. Já a utilização de fotocoagulação a laser tem indicações bastante limitadas e não está respaldada como tratamento primário na literatura especializada (diretrizes). Para sua autorização necessita de justificativa com embasamento bibliográfico.

9. Para lesões benignas, o tratamento pertinente é a ressecção de pólipos vesicais, ressecção cirúrgica ou endoscópica, que deverão ser objeto de comprovação através de exame anatomopatológico.

#### **1.2.2.5 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)**

1. Os exames auxiliares de diagnose e terapia têm como finalidade a **comprovação de um diagnóstico/hipótese diagnóstica, fundamentada na avaliação clínica do paciente** (complementares ao raciocínio clínico e não uma forma de diagnóstico) ou podem ser utilizados para identificar determinada patologia.

2. A **solicitação dos exames deverá estar subordinada a um objetivo clínico** (indicação), a solicitação deverá ser devidamente preenchida com os dados do paciente e, CID, assinatura do médico responsável e data e devidamente codificado (TUSS).

3. O profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, para fins de análise e autorização.

4. Tanto a validade da solicitação do médico assistente, quanto a validade para a realização do exame é de 90 (noventa) dias, **a contar da data da solicitação/autorização.**

##### **1.2.2.5.1 REGRAS GERAIS**

1. Todo exame para paciente internado deverá ser solicitado pelo médico que o atende de forma contínua (médico assistente clínico ou cirurgião) ou de forma provisória/complementar (especialistas, intensivistas, urgentista ...).

2. Em qualquer solicitação de exame o médico deverá **justificar a indicação**, através de relatório técnico, preenchendo a Solicitação de Exames na sua completude e de forma legível.

3. Todos os exames de medicina laboratorial, imagem e métodos gráficos solicitados

devem ter **indicações claras**, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame.

4. Em relação à **frequência de realização de um mesmo exame (s)**, e independentemente do local de acomodação do paciente (enfermaria ou UTI), a repetição dos mesmos somente terá a cobrança diária acatada, se guardar uma estreita relação com a morbidade e condição clínica do paciente. A **frequência mínima esperada (expectativa)** para repetição de exames de rotina é a cada 02 (dois) dias.

5. **Não se paga taxa de sala para realização de exames de Raios X, US, TC, RM.** A exceção é para a radiologia intervencionista, desde que o pagamento ocorra em conta aberta. Se for por meio de pacote, a taxa está inclusa neste.

6. A avaliação do frênulo lingual (testes da linguinha) e da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) não são remunerados pelos Fundos tendo em vista que fazem parte da rotina de avaliação do recém-nascido realizada pelo neonatologista/pediatra assistente.

7. Quando houver **necessidade da participação de anestesiológico em procedimentos em que não há obrigatoriamente o concurso do anestesista/previsão na Tabela de Procedimentos**, esta deverá **ser solicitada** à Central de Guias, devidamente justificada (autorização prévia), sem que o que estará sujeita a glosa.

### 1.2.2.6 MEDICAMENTOS

1. O pagamento dos medicamentos está subordinado à **pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento**, quando se aplicar. Os medicamentos a serem utilizados **deverão ser, preferencialmente, os genéricos**, conforme portaria do Ministério de Saúde/ANVISA.
2. Regras para cobrança do valor de medicamentos:
  - a) **Os medicamentos** serão pagos pelo valor da tabela acordada.
  - b) **Quando não houver a descrição da marca do genérico**, será paga o valor do genérico.
  - c) No caso de **utilização de medicamento de marca, quando houver o genérico do mesmo**, será pago o valor do medicamento genérico.
  - d) Na **ausência do genérico**, e somente nesta circunstância, **será pago o medicamento de marca**, da competência do atendimento realizado, tendo como referência o Brasíndice, preço de fábrica.
3. Os **medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura** constando a marca, o fabricante, a concentração e outros dados inerentes ao produto.
4. Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária e de forma fracionada, sempre que possível.
5. Quando o **valor unitário do medicamento for igual ou maior que R\$300,00** (trezentos) reais é necessária solicitação/autorização. Medicamento utilizados para tratamento oncológico independe do valor unitário, solicitar autorização sempre.
6. Para medicamentos excepcionais e de alto custo, em especial, a prescrição deve estar fundamentada em uma questão concreta e na fundamentação da indicação, da efetividade e do benefício ao paciente.
7. São considerados **medicamentos de alto custo** aqueles cujo valor unitário seja maior que R\$300,00 (trezentos) ou quando o tratamento total com a droga em questão atingir valor acima de R\$2.000,00. Para o uso desse medicamento é obrigatória a solicitação e autorização prévia da Central dos Fundos.
8. Para fins de cobrança e pagamento dos medicamentos considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário/guia de solicitação **autorizado** pela Central dos Fundos, e anexar uma cópia ao prontuário do paciente.
9. Em havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico ou de um mesmo medicamento, que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial, será pago o de menor valor.



### 1.2.2.6.1 MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

10. A **utilização de medicamentos excepcionais está condicionada a autorização prévia** dos Fundos. A solicitação deverá ser feita pelo médico assistente, com a justificativa detalhada para avaliação técnica da autorização.

11. **Medicamentos não autorizados e cobrados, sofrerão glosa, sem recurso.**

### 1.2.2.7 MATERIAIS

#### 1.2.2.7.1 DESCARTÁVEIS / ESPECIAIS

1. A **utilização de materiais** deve estar relacionada à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade); o fracionamento, com base na quantidade de reuso que o material propicia; a real utilização; os benefícios, resultados e efetividade.

2. A utilização de **materiais especiais** deverá estar relacionada à pertinência da indicação médica e o benefício do paciente, guardando compatibilidade entre o material utilizado e o procedimento, bem como, o limite para as quantidades estabelecidas de cada produto.

3. Para **materiais especiais e de alto custo**, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma **questão concreta**, e é imprescindível a **indicação correta**, o **benefício** ao paciente e a **efetividade**.

4. Os materiais especiais (seringas, transfusos especiais, equipos, extensores, bombas de infusão etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais deverão ter sua indicação e justificativa comprovada por meio de bulas. **Preferencialmente protocolo fornecido pelo hospital no ato do credenciamento.**

5. Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, daí a necessidade de esta **correlação estar adequada**. A título de exemplo:

a) **Equipos:** medicação utilizada v.s. equipos fotossensíveis;

b) **Luvas:** No centro cirúrgico, luvas cirúrgicas v.s. número de profissionais que participam do ato cirúrgico;

c) **Seringas, cateteres e torneirinhas:** Seringa cobrada que já inclui agulha utilizada; uso de agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, infiltrações e / ou anestésias locais; uso de torneirinhas v.s. prescrição de múltiplas medicações ou soros.

d) **Rotina de troca periódica** de materiais descartáveis nos principais procedimentos hospitalares v.s. recomendação da Anvisa e fabricante.

e) **Quantidade(s)** cobrada(s) compatíveis v.s. utilizados.

6. Os materiais descartáveis serão pagos de acordo com a Tabela Contratada, com o

referencial da marca do produto, ou outra que os Fundos venham a implantar.

7. A inclusão de novos materiais descartáveis/especiais deverá ser negociada previamente, por ambas as partes. **Materiais não autorizados e cobrados, sofrerão glosa total, sem recurso.**

8. Para **materiais com valor unitário a partir de R\$300,00** (trezentos) são necessárias a solicitação e a autorização prévia. O prestador deve encaminhar, para fins de cobrança, o original da solicitação/autorização e uma cópia do prontuário médico para análise do faturamento.

9. Quando o valor total dos materiais especiais atingir R\$2.000,00 é necessária nova solicitação/autorização.

10. O fracionamento e reuso de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente. Os materiais que permitem reuso serão pagos sempre 1/3 do seu valor total. Esta regra também se aplica a materiais abertos, não utilizados durante o procedimento e mau uso, quando permitido o seu reuso.

11. Deve ser comprovado o produto utilizado quanto ao tipo e **marca**, que devem estar compatíveis com a cobrança efetuada.

12. Nos casos de utilização de materiais de uso médico descartável com reprocessamento proibido ou passíveis de reprocessamento, o prestador deverá fazer constar do prontuário do paciente e também enviar cópia para faturamento, os seguintes itens:

- a) o relatório cirúrgico ou laudo de exame com descrição de todos os itens utilizados no ato médico, devidamente identificado com os dados do paciente, data de realização do procedimento e identificação dos profissionais médicos integrantes da equipe.
- b) os rótulos/embalagens/selo/códigos de barras de todos os materiais utilizados com nome ou modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto, número do lote e número de registro na ANVISA e compatíveis com os da nota fiscal pertinente.
- c) a nota fiscal de compra do(s) material (is), para os produtos enquadrados como de uso único, de reprocessamento proibido, com a identificação do paciente no qual foi utilizado e com data compatível com a realização do procedimento.
- d) O rótulo original de todos os materiais especiais autorizados, utilizados e descritos no relatório cirúrgico ou no laudo do procedimento afixado no prontuário do paciente. Se não constar, aos Fundos é reservado o direito de glosa total do material especial.

13. **É totalmente vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais sem prévia liberação.** Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessitará, obrigatoriamente, de autorização prévia dos Fundos. Os não autorizados e cobrados, sofrerão glosa total, sem recurso.

14. **Instrumentais cirúrgicos** tais como como frezas, brocas, serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador, **classificados como permanentes** e que constituem material básico para a realização do procedimento, não serão remunerados como materiais de uso único.
15. Não serão autorizados materiais para instrumentalização da coluna em procedimentos cirúrgicos (hérnia discal, por exemplo). Poderá ser admitida para procedimentos que tenha indicação médica para **artrodese intervertebral** e **uso de enxerto autólogo**, comprovados clinicamente e por exames de imagem.
16. Em todos os materiais utilizados obrigatoriamente deverão constar as **especificidades do produto**, tais como tipo, marca, quantidade, fabricante e outros inerentes à cobrança e pagamento.
17. **Materiais especiais e de alto custo utilizados durante o ato cirúrgico em caráter de emergência, sem autorização prévia**, deverão ser autorizados pela Central dos Fundos, impreterivelmente até 72h após a realização do procedimento.
18. Os procedimentos complementares de diagnose e tratamento em que são **utilizados contrastes**, radioisótopos ou outros materiais necessários à sua realização deverão estar descritos, o laudo deverá ser enviado para análise técnica e comprovação do uso do contraste.
19. Na utilização do contraste não iônico, o laudo deverá ser enviado para análise técnica e comprovação do uso.

#### 1.2.2.7.2 DE ALTO CUSTO

20. **São considerados materiais de alto custo àqueles cujos valores unitários sejam maiores que R\$ 300,00**. Para o uso desses materiais é obrigatória a **solicitação e autorização prévia** da Central dos Fundos.
21. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura o **formulário/guia de solicitação do material de alto custo original**, autorizada, anexando uma cópia do mesmo ao prontuário do paciente.
22. O pagamento está condicionado à comprovação da **autorização prévia e nota fiscal do fornecedor, no valor cotado/aprovado pelos Fundos junto** a seus fornecedores cadastrados.

#### 1.2.2.8 TAXAS HOSPITALARES

**Constituem cobrança por uso de ambiente hospitalar, serviços prestados ou uso de aparelhagem.** As taxas descomprometem os Fundos de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

As taxas hospitalares cobertas pelos Fundos estão discriminadas no item 4.2.7.

## TROCA DE DISPOSITIVOS

As recomendações para a periodicidade de troca de dispositivos devem obedecer às normas da Anvisa.

Para fins de cobrança e pagamento a substituição adequada dos dispositivos deve conter a identificação com o **nome do profissional, a data e a hora** da inserção/instalação/troca, o **tipo** e o **calibre do dispositivo**, e **data e hora da troca**. Se não constar no relatório de enfermagem enviado para o faturamento, aos Fundos é reservado o direito de glosa, sem recurso.

Todas as informações ou intercorrências sobre os dispositivos devem ser anotadas em relatório de enfermagem, no prontuário do paciente e enviada cópia para o faturamento.

### 1.2.2.9 GASES MEDICINAIS

Gasoterapia consiste no processo de aplicação de gases medicinais e assistência ventilatória, ou seja, a administração via máscara, cateter nasal ou intubação, para pacientes portadores de déficit de oxigenação, sob anestesia ou em procedimentos.

Os gases medicinais **serão cobrados por hora**, dividida, considerando no mínimo um quarto de hora (15 minutos de tempo de uso), para divisão da hora.

A cobertura para gases medicinais se dá na seguinte forma:

**Quadro 04:** Gases medicinais cobertos pelos Fundos por tipo e uso

DESCRIÇÃO	Cobrança por
Oxigênio (independente da via de administração)	Hora
Oxigênio p/hora de 72 até 96 horas	Hora
Oxigênio p/hora a partir de 96 horas	Hora
Ar comprimido	Hora
Gás carbônico	Hora
Protóxido de azoto	Hora

#### 1.2.2.9.1 REGRAS GERAIS

1. A cobrança e o pagamento dos gases medicinais se dão por hora/uso, mediante **comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), via de administração, vazão, registro da utilização no documento de atendimento** (prontuário do paciente, ficha

anestésica ou outros), **data e horário do início e término da aplicação** dos mesmos registrado pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário, com cópia destes documentos no envio da fatura.

2. Na utilização por hora de gasoterapia nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – bala e, ou, central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e, ou quaisquer outras conexões, etc.).

3. Para o ar comprimido caberá pagamento para respirador volumétrico. Quando o ar comprimido for utilizado em concomitância com o O<sub>2</sub> (**mistura de gases**), os Fundos pagam 100% do valor do primeiro (oxigênio) e 50% do valor do ar comprimido.

4. Em relação ao **gás carbônico, utilizado em centro cirúrgico**, cabe pagamento nas cirurgias vídeo laparoscópicas na quantidade 01, por hora, dividida, considerando no mínimo 30 minutos de tempo cirúrgico, para divisão de hora.

5. Não cabe cobrança de O<sub>2</sub> por cateter/h/minuto, simultâneo com O<sub>2</sub> respirador /h/minuto.

6. Nenhum componente novo em gasoterapia poderá ser cobrado aos Fundos, sem prévia negociação entre as partes.

7. **Gás para nebulização:** Preferencialmente deve ser utilizado o ar comprimido, podendo também ser feita com o oxigênio, a depender da prescrição médica. Não se paga o O<sub>2</sub> para nebulização quando o paciente já estiver em uso deste gás em respirador, em uso contínuo do gás em cateter nasal, quando associado ao ar comprimido e em uso de qualquer anestésico ou sedativo inalatório, no centro cirúrgico.

8. **Oxigênio em cateter nasal:** Pode ser utilizado somente O<sub>2</sub>, na quantidade prescrita pelo médico e no volume máximo de 5l/min, contínuo.

9. **Oxigênio em respirador:** É utilizado o O<sub>2</sub> e em alguns modelos está associado ao ar comprimido. Pode ser utilizado associado a gases inalatórios anestésicos ou gases sedativos (O<sub>2</sub> + protóxido de azoto, O<sub>2</sub> + Nitrogênio, O<sub>2</sub>, O<sub>2</sub> + óxido nítrico, etc.).

10. **Nebulização:** Prescritas pelo médico assistente são pagas por meio da taxa de nebulização, por unidade e segundo o tipo – simples, com ou sem broncodilatadores, com ar comprimido ou com oxigênio e macro nebulização/nebulização contínua (ver item taxa de nebulização, retro).

11. **Protóxido de azoto medicinal (N<sub>2</sub>O):** Usado como um agente anestésico, combinado com agentes hipnóticos, analgésicos e anestésicos, ou não, é cobrado por hora uso registrada.

#### 1.2.2.10 PRÓTESESCIRÚRGICASEMATERIAISESPECIAIS

##### DEFINIÇÕES

**Próteses cirúrgicas:** artefatos que visam **substituir segmentos perdidos**, implantados cirurgicamente dentro do corpo, como por exemplo as artroplastias totais ou

parciais do quadril (**endopróteses**).

**Síntese:** na medicina é utilizada para descrever a reaproximação de bordas teciduais rotas ou incisas. O termo é utilizado com o mesmo sentido, designando o meio (fios metálicos, placas e parafusos, hastes intramedulares, fixadores externos etc.), que mantém fragmentos ósseos estabilizados durante um tratamento (**osteosínteses**).

**Material Especial:** Termo empregado para definir materiais e dispositivos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

#### 1.2.2.10.1 REGRAS GERAIS E ESPECÍFICAS

1. Cabe aos Fundos responsável pela avaliação das solicitações das Próteses Cirúrgicas ou Materiais Especiais (OPME) cabe:

- a) avaliar a descrição das OPME, dos equipamentos e dos instrumentais necessários à sua utilização;
- b) homologar a conformidade técnica (nome básico, composição e peculiaridades, características claras e disponibilidade no mercado).
- c) Avaliar **as especificações** quanto ao tamanho, à unidade de medida, à apresentação e à embalagem.
- d) Avaliar os **padrões técnicos** com parâmetros mínimos de desempenho e qualidade.
- e) Realizar a **análise de custo e viabilidade econômica**, inclusive para a incorporação de novos produtos e tecnologias (se houver), incluindo materiais excedentes ou incompatíveis (se houver).

2. As próteses cirúrgicas deverão obedecer às Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela ANVISA.

#### 1.2.2.10.2 SOLICITAÇÃO DE OPME

1. A **utilização dos produtos exige autorização prévia**.

2. A solicitação de OPME é de responsabilidade do médico assistente, seja no atendimento eletivo ou de urgência/emergência, a quem cabe também a prerrogativa de determinar as características do material a ser utilizado, que devem estar tecnicamente justificadas.

3. A solicitação deverá ser feita no formulário próprio dos Fundos (Formulário para Solicitação de OPME, disponível no site ou na Central de Guias), preenchido na sua completude, com justificativa técnica para a indicação de uso, sendo fundamental ainda o registro de dimensões, material de fabricação, tipo, superfície, método de fixação do implante, quantidade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país. Deverá ainda encaminhar constar a cotação (três

orçamentos) junto a seus fornecedores.

4. Havendo divergência entre o médico solicitante e os Fundos relacionada à indicação clínica ou aos produtos, será encaminhado para uma junta.

5. Nos procedimentos eletivos, as solicitações das OPME deverão ser encaminhadas para a Central dos Fundos, para a avaliação técnica e autorização. Os Fundos têm até 21 (vinte e um) dias úteis para apresentação do resultado para o proposto, tempo em que decorre também a avaliação do procedimento cirúrgico solicitado.

6. Nos casos de urgência e emergência no horário noturno, sábados, domingos e feriados o pedido de **autorização prévia** deverá ser encaminhado para o **para a Central dos Fundos**, para fins de avaliação e autorização, impreterivelmente em até 72 horas após a realização do procedimento, ficando sujeita às mesmas regras de aquisição e utilização.

**7. Do formulário de solicitação deve constar pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam as características especificadas, e valor apresentado.**

8. Os valores pagos pelas OPME utilizadas quando do atendimento de emergência (paciente em risco iminente de vida) corresponderão até 60% (sessenta) do valor das mesmas na Tabela Simpro, regra esta que restará vigente até a implantação da tabela própria de OPME dos Fundos.

9. No caso das OPME que possuem conjunto de componentes com tamanhos variados, a solicitação deverá conter informações sobre os diversos tamanhos, bem como o instrumental necessário para o adequado uso (quando couber).

10. A autorização do procedimento não dispensa auditoria pré-pagamento, com base nos relatórios e demais documentos previstos pelos Fundos.

11. Todos os atos devem ser documentados a fim de garantir a transparência e a rastreabilidade do processo – descrição do ato cirúrgico, sob a responsabilidade do profissional que realizou o procedimento e registro do consumo de sala.

12. As OPME utilizadas devem ser registradas pelo cirurgião que realizou o procedimento, na ficha de descrição cirúrgica, devendo ser anexada também a nota do fornecedor (comunicação de utilização de OPME), especificando os produtos utilizados (nome do produto, fabricante, tamanho, quantitativo e a descrição do implante realizado) e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas/selo/código de barra de rastreabilidade, contidas nas embalagens do(s) produto(s), e também o registro da Anvisa, na nota de consumo de sala e na Nota Fiscal. Todos esses documentos deverão ser encaminhados no faturamento.

13. Quando o procedimento tiver indicação de exame de imagem para controle, este deverá ser anexado ao prontuário do paciente e encaminhado cópia para o faturamento, comprovando a efetiva utilização da OPME no ato cirúrgico.

14. Quando a quantidade utilizada for excedente ao previsto, o cirurgião responsável pelo ato cirúrgico deverá justificar o uso e a comprovação da utilização do material excedente, o que será avaliado pelos fundos para fins de consideração ou não.

15. OPME com embalagem violada, contaminada ou danificada, não utilizada no ato cirúrgico, o gasto deverá ser registrado no documento de consumo da sala cirúrgica, sendo o custo de responsabilidade do prestador, e vetada a vinculação com o prontuário do paciente.

**16. Deverá ser encaminhado ao setor de faturamento do prestador hospitalar o registro de consumo da sala cirúrgica, a descrição cirúrgica, a Nota Fiscal, laudo complementar de materiais especiais e justificativa de uso, quando houver, para o adequado faturamento das OPME.**

17. O pagamento de OPME (Próteses e Materiais Especiais) será efetuado na fatura hospitalar, mediante a apresentação de fatura do(s) material(ais), onde devem constar os códigos específicos, acompanhada de Nota Fiscal com a discriminação das OPME fornecidas.

18. Quanto à codificação das OPME, cabe referir:

- a) Cabe a utilização do código Simpro quando a OPME utilizada tiver como referência esta Tabela.
- b) Caso as OPME não constem da Tabela Simpro deverá ser utilizado o código do Registro Anvisa ou o código TUSS.

### 1.2.3 REMOÇÕES

1. A remoção inter-hospitalar (transferência do paciente para outro hospital), em ambulância, com pessoal de enfermagem ou médico, em perímetro urbano será paga no valor negociado pelos Fundos com o serviço informado pelo Plano, paratal.

**2. Cabe ao CONTRATADO a remoção de pacientes que necessitam realizar determinados exames cujos serviços não se situam fisicamente dentro da estrutura hospitalar, já que os SADT compõem o leque dos itens de serviços hospitalares que obrigatoriamente devem ser ofertados pelo prestador ao Plano, conforme instrumento contratual, e o prestador deixou evidente no ato da sua contratação a disponibilidade dos SADT.**

#### **1.2.3.1 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA HEMOTERAPIA**

1. As solicitações para transfusão de sangue ou hemocomponentes deverão ser feitas no formulário específico. Solicitação de Hemocomponentes, o formulário deve estar com todos os campos preenchidos, e com justificativa técnica consubstanciada para uso do hemocomponente solicitado.



2. Requisições incompletas, inadequadas, ilegíveis e sem identificação do médico (assinatura legível, Registro no CRM) poderão ser objeto de rejeição pelos Fundos.

3. Os procedimentos de hemotransfusão cobertos são:

- a) 4.04.01.05-7 Aférese para paciente ABO incompatível
- b) 4.04.01.01-4 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar)
- c) 4.04.01.02-2 Transfusão (ato médico de acompanhamento)
- d) 4.04.01.04-9 Transfusão fetal intrauterina
- e) 4.04.01.03-0 Exsanguíneo transfusão

### **1.2.3.2 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA**

#### **1. Para Hemácias e Plaquetas**

Algumas situações na clínica hemoterápica exigem cuidados adicionais na transfusão dos hemocomponentes. Entre eles a desleucocitação, irradiação, lavagem com solução salina e fenotipagem.

#### **1.1 Componentes Celulares (Hemácias e Plaquetas)**

##### **1.1.1 Desleucotizado (Filtro de Leucócitos)**

A leucorredução, feita por meio filtro especial e que reduz o número de leucócitos em até 99,99%, é utilizada para concentrado de hemácias e plaquetas e tem como objetivo evitar complicações decorrentes dos efeitos biológicos associados à transfusão de leucócitos alogênicos, devido à exposição do receptor aos leucócitos do doador, quais sejam:

- 1. Reação transfusional febril não-hemolítica;
- 2. Aloimunização e refratariedade à transfusão de plaquetas;
- 3. Doença enxerto-versus-hospedeiro;
- 4. Transmissão de agentes infecciosos;
- 5. Efeitos imunomodulatórios.

A cobertura pelos Fundos dar-se-ão para as seguintes indicações:

- a) A partir da 3ª transfusão de hemácias ou plaquetas
- b) Hemoglobinopatias
- c) Anemias hemolíticas hereditárias
- d) História de duas reações febris não-hemolíticas
- e) Síndromes de imunodeficiências congênitas

- f) Transplante de medula óssea
- g) Anemia aplástica
- h) Leucemia mieloide aguda
- i) Doenças onco-hematológicas graves até esclarecimento diagnóstico
- j) Prevenção de Infecção para CMV nas seguintes situações:
  - Paciente HIV positivo com sorologia negativa para CMV
  - Candidato a transplante de órgãos e medula óssea se doador e receptor forem negativos para CMV
  - Transfusão intrauterina
  - Gestantes com sorologia não-reativa ou desconhecida para CMV
  - Recém-nascidos prematuros e de baixo peso (1.200 g) de mães CMV negativas ou com sorologia desconhecida.

#### **1.1.2. Irradiado**

A irradiação de hemocomponentes é realizada para prevenir a doença do enxerto versus hospedeiro transfusional (TA-GVHD) e em complicação imunológica usualmente fatal, causada pela enxertia e expansão clonal dos linfócitos do doador em receptores susceptíveis. Objetivando prevenir esta complicação, os hemocomponentes celulares (concentrado de hemácias e de plaquetas) são submetidos à irradiação gama na dose de, pelo menos, 2500 cGy (25 Gy), impossibilitando a multiplicação dos linfócitos.

A cobertura pelos Fundos dar-se-ão para as seguintes indicações:

- a) Transfusão intrauterina.
- b) Exsanguíneo-transfusão, obrigatoriamente, quando houver transfusão intrauterina prévia.
- c) Recém-nascidos prematuros (inferior a 28 semanas) ou de baixo peso (1.200g).
- d) Pós transplante com células de cordão umbilical.
- e) Imunodeficiências congênitas graves.
- f) Pós transplante de medula óssea (autólogo ou alogênico), de células progenitoras de sangue periférico, ou até suspensão da imunossupressão/recuperação medular (linfócitos>1000) Transplante com células de cordão umbilical.
- g) Pacientes tratados com análogos da purina: fludarabina, cladribine, deoxicoformicina.
- h) Transfusão de hemocomponentes de parentes com doadores, de parentesco de 1º grau (pai, mãe e irmão).

- i) Receptor de transplante de coração ou pulmão.
- j) Em vigência de terapia imunossupressora, nos pacientes portadores de: linfomas, leucemias mieloide aguda, anemia aplástica, sarcoma e neuroblastoma.
- k) Componentes HLA selecionados/específicos, mesmo em imunocomponentes.

### **1.1.3 Pré-Medicação/Lavagem**

É obtida através de lavagens dos hemocomponentes celulares (glóbulos vermelhos e plaquetas) com solução isotônica de cloreto de sódio estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), com a finalidade de eliminar a maior quantidade possível de plasma.

A cobertura pelos Fundos dar-se-ão para as seguintes indicações:

- a) Reação alérgica grave (anafilaxia).
- b) Pacientes deficientes de IgA com história prévia de reação anafilática durante transfusões anteriores.

## **2. Fenotipagem de Antígenos Eritrocitários**

A cobertura pelos Fundos dar-se-ão para as seguintes indicações:

- a) Receptores do sexo feminino em idade fértil com Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) negativa realizar transfusão de glóbulos vermelhos K1 negativo.
- b) Receptor com PAI positiva realizar transfusão de concentrado de hemácias (CH) antígeno negativo para o anticorpo em questão. É recomendável a realização de fenotipagem para os antígenos mais imunogênicos dos sistemas Rh (E, e, C e c), Kell (K1).
- c) Recomenda-se para pacientes que não apresentam anticorpos anti-eritrocitários que estão ou poderão entrar em esquema de transfusão crônica a utilização de concentrado de hemácias fenotipadas compatíveis, principalmente para os sistemas mais imunogênicos (Rh, Kell, Duffy, Kidd e MNS).

## **Aquecimento de hemocomponentes**

Consiste no aquecimento de hemocomponentes através de equipamentos especiais e em temperatura controlada.

### **Indicações**

- a) Paciente adulto que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15 ml/kg/hora por mais de 30 minutos (transfusões rápidas e múltiplas).
- b) Paciente pediátrico que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a

15 ml/kg/hora.<sup>74</sup>

- c) Transfusões maciças (administração aguda de volume superior a uma vez e meia a volemia do paciente, ou a reposição com sangue estocado equivalente ao volume sanguíneo total de um paciente, em 24 horas).
- d) Paciente com altos títulos de anticorpo hemolítico frio com alta amplitude térmica, que reage a 37°C.
- e) Pacientes portadores de fenômeno de Raynaud.
- f) Doença grave envolvendo crioaglutininas.
- g) Pacientes com presença de Autoanticorpos a frio (autocrioaglutininas).
- h) Exsanguíneo-transfusão em crianças.

### **Contraindicação**

- a) Aquecimento dos componentes plaquetários, devido à alteração de sua função.

### 1.2.3.3 TESTES COBERTOS QUANDO DO USO DE HEMOCOMPONENTES/ HEMODERIVADOS

Serão pagos somente os exames pré-transfusionais da (s) bolsa (s) utilizada (s). Assim, caso alguma bolsa seja devolvida, por não utilização, não cabe cobrança e pagamento dos referidos exames.

Os exames pagos por bolsa encontram-se listados no Quadro 05.

**Quadro 05: Testes Pré-Transfusionais**, exames realizados para reservas e hemotransfusões

<b>Código</b>	<b>Descrição do exame</b>
4.04.03.17-3	<b>Grupo sanguíneo ABO e Rh-Gel teste- pesquisa</b>
4.04.03.35-1	<b>Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anti eritrocitários-Gel teste</b>
4.04.03.10-6	<b>Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico</b>
4.04.03.41-6	<b>Prova de compatibilidade pré- transfusional completa - gel teste</b>
4.04.03.46-7	S. Hepatite B Anti HBC por componente hemoterápico - pesquisa ou dosagem
4.04.03.66-1	S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem
4.04.03.48-3	S. Hepatite C anti HCV por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem
4.04.03.42-4	S. Anti-HTLV-I e HTLV-II (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos
4.04.03.44-0	S. Chagas EIE, por componente hemoterápico
4.04.0354-8	S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico
4.04.03.50-5	S. HIV EIE por componente hemoterápico
<b>Código</b>	<b>Bolsas</b>
4.04.02.04-5	Unidade de Concentrado de Hemácias
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrado de hemácias-por unidade
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas
	Desleucotização de unidade de concentrado de plaquetas - até 6 unidades

4.04.02.12-6	
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação)
4.04.02.09-6	Unidade de plasma fresco
4.04.02.08-8	Unidade de crioprecipitado de fator anti- hemofílico
4.04.02.10-0	Unidade de sangue total

**Observação:** Não são remunerados exames sorológicos, no caso de devolução de hemocomponente, exceto os pré-transfusionais.

**Quadro 06:** Exames Pré- Transfusionais e Transfusionais, e Bolsa a Pagar, por Produto e por Prestador

Código	Descrição do exame	Exames Realizados por Produto			
		Hemácias	Plaquetas	Plasma	Crio
4.04.03.17-3	<b>Grupo sanguíneo ABO e Rh-Gel teste-pesquisa</b>	X	X	X	X
4.04.03.35-1	<b>Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários -Gel teste</b>	X	X	X	X
4.04.03.10-6	<b>Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico</b>	X	-	-	-
4.04.03.41-6	<b>Prova de compatibilidade pré- transfusional completa - gel teste</b>	X	-	-	-
4.04.03.46-7	S.Hepatite B Anti HBC por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	X	X	X	X
4.04.03.66-1	S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	X	X	X	X
4.04.03.48-3	S. Hepatite C anti HCV por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	X	X	X	X
4.04.03.42-4	S. Anti-HTLV-I eu HTLV-II (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	X	X	X	X

4.04.03.44-0	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	X	X	X	X
4.04.0354-8	S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico	X	X	X	X
4.04.03.50-5	S. HIV EIE por componente hemoterápico	X	X	X	X
<b>Bolsas</b>					
4.04.02.04-5	Unidade de Concentrado de Hemácias				
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrado de hemácias-por unidade				
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas				
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas				
4.04.02.12-6	Desleucotização de unidade de concentrado de plaquetas - até 6 unidades				
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação)				
4.04.02.09-6	Unidade de plasma fresco				
4.04.02.08-8	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico				
4.04.02.10-0	Unidade de sangue total				

**Observação:**

A transfusão caracterizada quanto à sua programação pode ser:

1. Programada /Reserva Cirúrgica: Aquela que será realizada em + de 24 horas da sua solicitação;
2. Rotina: A que será realizada no período de até 24 horas da sua solicitação;
3. Urgência; Aquela que será realizado no período máximo de 03 horas após sua solicitação;
4. Emergência\*: Quando existe risco mediato de vida comprovado.

\* A condição comprovada de emergência que justifique o uso imediato do hemocomponente, requer: (1) Comprovação de que o retardo no início da transfusão coloca em risco a vida do paciente; (2) A existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; (3) O termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento; e (4) Finalização das provas pré-transfusionais, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

**O prestador tem até 72 horas para solicitação de guias para pacientes internados, não impedindo o atendimento.**



#### **1.2.3.4 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DOS HEMOTERÁPICOS/ HEMOCOMPONENTES UTILIZADOS (APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO)**

1. Os documentos de cobrança dos hemoterápicos/hemocomponentes autorizados e aplicados são:
  - a) guia de internação devidamente autorizada pelos Fundos;
  - b) o documento padrão para solicitação do hemoterápico/hemocomponente formulário para solicitação de hemocomponentes/hemoderivados), especificando o produto solicitado e utilizado, conforme quadro 05: exames pré- transfusionais e transfusionais.
2. Toda a prescrição e uso deverá ser enviada para faturamento na entrega da conta aos Fundos, sujeito a glosa.

#### **1.2.4 REGRAS GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E SADT EM REGIME DE INTERNAÇÃO – ALGUNS DESTAQUES**

##### **1. Código agregador/código conjunto**

1.1. Quando houver **CÓDIGO AGREGADOR/CÓDIGO CONJUNTO específico para determinado procedimento**, não serão autorizados/pagos os procedimentos isoladamente. Cabe como exemplo a **histerectomia total ampliada, qualquer via**, que não inclui a linfadenectomia pélvica, e inclui a retirada do útero, seus anexos, terço superior da vagina e omento, a **histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral** e o procedimento de hemodinâmica, na cardiologia intervencionista terapêutica - a **angioplastia por balão com implante de stent**.

##### **2. Procedimentos INCOMPATÍVEIS / INCLUSOS/ EXCLUSOS E ADICIONADOS ao procedimento principal:**

Tanto para a autorização quanto para a cobrança de mais de um procedimento por evento (adição), será avaliada a incompatibilidade entre os mesmos, bem como a inclusão no procedimento principal ou constituir via de acesso. A título de exemplo:

##### **2.1. Cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea -**

Revascularização do miocárdico (procedimento principal):

### **2.1.1. Acrescentar ao procedimento principal (cabecobrar):**

3.09.05.04-4 Instalação de CEC em crianças de baixo peso (10 kg);

3.09.05.03-6 **Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional;**

3.09.06.16-4 **Cateterismo da artéria radial – para pressão arterial média (PAM);**

3.09.13.09-8 **Dissecção de veia com colocação cateter venoso;**

3.09.99.00-6. Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar o Porte 3C e com artéria o Porte 5A.

### **2.1.2. Estão integrados ao procedimento principal (não cabe cobrar em separado)**

2.02.01.05-2 Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação)

3.09.04.08-0 Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário

3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada.

3.08.04.11-6 Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)

2.01.04.04-9 Cateterismo vesical em retenção urinária.

## **2. 2. Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas ou não, por energia de radiofrequência**

Constitui um procedimento terapêutico, com curta permanência hospitalar (máxima de dois dias).

### **2.2.1. Integrados ao procedimento principal**

a) Duas a quatro vias de acessos vasculares distintas, não podendo ser cobradas em separado.

### **2.2.2. Não condicionados**

a) Qualquer outra via de acesso especial como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, devem ter sua realização tecnicamente justificada e sua realização comprovada, para que possam ser incorporadas ao procedimento principal e cobradas.

### **2.2.3. Não ligados diretamente ao objetivo da ablação**

a) Estudo eletrofisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos

e mapeamento eletro anatômico, que por encerrar objetivos diversos, **não estão necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação**, portanto **não constituem rotina**.

#### **2.2.4. Procedimentos excludentes**

- a) acessos vasculares periféricos;
- b) acessos vasculares centrais;
- c) cateterismo de câmaras cardíacas;
- d) provas farmacológicas ou elétricas.

**3. Estudo Eletrofisiológico (EEF)** com ou sem sensibilização farmacológica será coberto somente para as indicações a seguir, diagnosticadas.

- a) Taquicardia ventricular (TV);
- b) Taquicardia ventricular em portadores de doença cardíaca coronariana;
- c) Estudo eletrofisiológico nos portadores de miocardiopatia dilatada (doença estrutural cardíaca não isquêmica);
- d) Estudo eletrofisiológico nas anomalias de repolarização ventricular devidas a síndromes arrítmicas genéticas;
- e) Taquicardia ventricular na ausência de doença estrutural cardíaca;
- f) Cardiomiopatia hipertrófica;
- g) Estudo eletrofisiológico na avaliação dos pacientes com síncope.

Observação: São **excluentes do EEF** os seguintes procedimentos: Acessos vasculares periféricos, acessos vasculares centrais, cateterismo de câmaras cardíacas e provas farmacológicas ou elétricas.

**4. O cateterismo cardíaco como procedimento ambulatorial para fins de diagnóstico** será coberto para as seguintes indicações:

- a) Pacientes com angina limitante, mesmo estável;
- b) Síndromes coronarianas agudas instáveis, consideradas de alto risco (angina refratária, aumento de enzimas, dor associada a novos desnivelamentos do segmento ST ou a insuficiência cardíaca e arritmias graves);
- c) Pacientes na fase aguda do infarto do miocárdio com supra desnivelamento de ST, que serão submetidos à angioplastia primária ou que evoluem com instabilidade hemodinâmica ou isquemia persistente.

Observação: Para os pacientes considerados de baixo risco clínico (angina de alívio rápido com medicação, sem alterações eletrocardiográficas ou laboratoriais ou com dor torácica atípica) a estratificação pode ser feita por métodos não invasivos e, se

não houver indução de isquemia, a cinecoronariografia não estará indicada e o tratamento clínico bem conduzido é ainda adequado para um grande número de doentes.

**5. Toracostomia com drenagem fechada é parte integrante do ato cirúrgico principal, não cabendo cobrança em separado.**

**6. A exérese e sutura de lesões** (circulares ou não) **com rotação de retalhos** cutâneos será autorizada somente para lesão maior que 2 cm de diâmetro. Para lesão menor, exclusivamente as localizadas em áreas no dorso do nariz, pálpebras, lábios, comissuras. Exige perícia presencial.

**7. Solicitações do procedimento extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores com excisão e retalhos cutâneos da região, será autorizada somente para lesões maiores que 10 cm ou que possuam uma extensão grande** em relação à área onde a mesma se localiza. Exige perícia presencial.

**8. A solicitação do procedimento plástica em Z ou W** será autorizada somente quando houver área sob tensão, com limitação funcional ou de difícil acesso. Exige perícia presencial.

**9. Cirurgia (via alta ou baixa) do prolapso de cúpula vaginal com fixação sacral** ou no ligamento sacro espinhoso e por qualquer técnica, somente será liberada para paciente já hysterectomizada e fora do mesmo ato da hysterectomia.

**10. Quando houver solicitação concomitante de Quadrantectomia com ressecção segmentar** (3.06.02.20-3) e **Linfadenectomia axilar** (3.06.02.13-0), deverá ser **autorizada a Quadrantectomia e linfadenectomia axilar** (3.06.02.19-0), mesmo diante da informação do médico solicitante que os procedimentos serão realizados por incisões separadas.

**11. Se solicitados em concomitância a Mastectomia simples** (3.06.02.15-70) e a **Linfadenectomia axilar** (3.06.02.13-0) **deverá ser liberada a Mastectomia radical ou radical modificada por qualquer técnica** (3.06.02.14-9). Da mesma forma Mastectomia radical ou radical modificada por qualquer técnica + Linfadenectomia axilar, esta última não será autorizada já que é integrante da primeira.

**12. Será liberado 01 (um) trocáter descartável** em cirurgia videolaparoscópica, entendendo-se que os demais deverão ser trocáteres permanentes. Para cirurgia bariátrica, deve ser cobrado o kit negociado.

**13. A Laminectomia ou laminotomia** (3.07.15.19-9) é o procedimento cirúrgico que remove, total ou parcialmente, a lâmina das vértebras. **No tratamento de tratamento da hérnia, estreitamento do canal medular e espondilolistese constitui via de acesso/parte integrante do procedimento principal, não sendo remunerado à parte.**

**14. A Descompressão medular e/ou cauda equina** (3.07.15.09-1) **não pode ser solicitada com o Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito**, por segmento (3.07.15.36-9) por configurar duplicidade **de solicitação.**

**15.** A remuneração da Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3.07.15.01-6) ou a Artrodese de coluna via anterior ou posterolateral - tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4), realizadas para imobilização de duas superfícies articulares da coluna (vértebra superior e vértebra inferior) é **por segmento e não por vértebra**.

**16.** Os procedimentos Artrodese de coluna via anterior ou posterolateral, tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4) e Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3.07.15.01-6), **são excludentes no mesmo tempo cirúrgico**. O sistema de fixação (conjunto parafusos e cage) é uma **montagem única para artrodese com instrumentação**.

**17.** A **Descompressão medular e/ou cauda equina** (3.07.15.09-1) é **incompatível com os procedimentos de Hérnia de disco toracolombar tratamento cirúrgico** – por segmento ou Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico (excludentes).

**18.** Retirada de osteófitos, ressecção de facetas ou ampliação de forame no canal estreito, têm codificação específica, **não podendo ser solicitado como Osteotomia de coluna vertebral** - tratamento cirúrgico (3.07.15.22-9), utilizada para solicitar ressecção óssea para o tratamento cirúrgico de deformidades da coluna.

**19.** A **artrodese, fixação segmentar da coluna** com material de síntese, é o **tratamento cirúrgico da espondilolistese**, sendo os **dois códigos excludentes entre si, no mesmo tempo cirúrgico**. A exceção a esta regra são as espondilolisteses com classificação radiográfica de grau III e IV (translação entre 51 e 100%). **Também são excludentes para o mesmo segmento, no mesmo tempo cirúrgico**, o Tratamento de fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico, por segmento associado a Artrodese da coluna com instrumentação, por segmento.

**20.** Os acometimentos mais frequentes da coluna vertebral com indicação para tratamento cirúrgico são:

- a) Doenças degenerativas da coluna lombar (hérnias de disco e estreitamento do canal);
- b) Doenças degenerativas da coluna cervical (hérnia de disco);
- c) Tratamentos de fraturas de coluna (fraturas de vertebra da coluna);
- d) Tratamento cirúrgico da escoliose (dorso curvo/escoliose/giba costal);
- e) Tratamento cirúrgico das lesões da coluna vertebral (tumor vertebral e lesão intra canal vertebral com artrodese);
- f) Tratamento percutâneo da coluna vertebral;
- g) Tratamentos da doença facetaria da coluna vertebral (artrose facetária).

**21.** A indicação de cirurgia na coluna lombossacra, seja para o primeiro procedimento quanto para re-operação, está subordinada aos seguintes aspectos,

comprovados quando da solicitação do procedimento:

- a) Se houve falha de tratamento conservador prolongado;
- b) Se os exames de imagem evidenciam compressão radicular e/ou instabilidade segmentar consistentes, associadas à sinais e sintomas apresentados pelo paciente;
- c) Se há queixas do paciente de dor radicular em conformidade com a distribuição em dermatômos;
- d) História clínica do paciente de apresentação de um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: i) déficit sensitivo; ii) déficit motor; e, iii) alterações de reflexos em correspondência com o segmento acometido.

**22. A nucleoplastia com radiofrequência/coagulação/ablação intra discal percutânea por radiofrequência não está contemplado no rol de cobertura dos Fundos.** É considerado procedimento experimental de acordo com o Parecer CFM nº 15, de 2006, ratificado no Parecer CFM nº 54/2016.

**23. O bloqueio facetário não é remunerado por segmento.** Neste caso a regra é remunerar um procedimento levando-se em conta sua realização por lateralidade, admitindo-se, no máximo, uma bilateralidade, quando a condição clínica do paciente comprovadamente exigir.

**24.** A infiltração foraminal ou facetária é remunerada somente uma vez, tendo em vista que o procedimento se refere à coluna vertebral. Não há previsão de cobertura do procedimento denervação facetária por técnica de radiofrequência.

**25.** A Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico, por hora ou fração é remunerada para o acompanhamento pelo radiologista, presente no ato cirúrgico, com emissão de laudos e registros da participação em prontuário, e não para o cirurgião, pelo fato de o acompanhamento radiológico ser considerado parte integrante da cirurgia.

**26.** Na cirurgia para **implante coclear a mastoidectomia é parte integrante do procedimento principal** e não cabe cobertura em separado.

**27.** A solicitação para a cirurgia de amigdalectomia lingual por causa de sua hipertrofia tem que ser muito bem fundamentada tecnicamente, até porque a hipertrofia deste tecido com grau de indicação de cirurgia é extremamente rara. Está sujeita a segunda opinião.

**28.** A amigdalectomia das palatinas em conjunto com a adenoidectomia (adenotonsilectomia) somente será autorizada com a comprovação de que o paciente é portador de hiperplasia adenotonsilar associada com os seguintes sintomas e sinais a seguir. Está sujeita a segunda opinião.

Para as indicações absolutas

- a) Apneia obstrutiva do sono;

- b) Déficit de ganho ponderal;
- c) Crescimento dento facial anormal;
- d) Suspeita de malignidade;
- e) Tonsilite hemorrágica.

Para as indicações relativas

- a) Obstrução das vias aéreas superiores;
- b) Disfagia;
- c) Prejuízo na fala;
- d) Faringotonsilite crônica ou recorrente;
- e) Abscesso peritonsilar;
- f) Portador de *Streptococcus pyogenes* grupo A-GAS;
- g) Halitose.

**29.** Para a solicitação do procedimento septoplastia por qualquer técnica e sem vídeo com ou sem turbinectomia ou turbinoplastia unilateral é imprescindível a comprovação do desvio obstrutivo do septo nasal, associado a queixas respiratórias. Como o desvio anterior do septo desvia a columela que fica lateralizada, a correção do desvio desta é parte integrante da correção do septo nasal, não podendo ser cobrada em separado.

**30. Não há previsão de cobertura para o alongamento da columela** (levantamento da extremidade do nariz/aumento do seu tamanho), pois é, por si só, procedimento estético.

**31. Não há previsão de cobertura pelos Fundos para a cirurgia de septoplastia por videoendoscopia.**

**32. Está excluída da cobertura contratual dos Fundos a rinosseptoplastia funcional (rinoplastia), por ser um procedimento estético,** já que não visa restaurar função parcial ou total do órgão (lesão por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita). Para o tratamento funcional do nariz é realizada a septoplastia, coberta pelo Plano.

**33. No caso de polipectomia (4.02.02.55-0 e 4.02.02.54-2), paga-se o procedimento independentemente do número de pólipos e, quando executada durante a endoscopia digestiva alta ou com a colonoscopia, cabe a cobrança somente da polipectomia, tendo em vista que o exame de endoscopia já está incluso.**

**34. Anatomia patológica e citopatologia**

**Punção biópsia**

a) Os valores dos procedimentos de PAAF de órgãos ou estruturas profundas cobrem somente o ato de coleta. A análise do material obtido será cobrada no procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5, no valor da tabela negociada vigente.

b) Quando houver indicação comprovada da necessidade de realizar punções em diferentes regiões - quadrantes mamários ou em diferentes nódulos (tireoide, p.ex.), serão valoradas separadamente, pois são consideradas punções distintas. A cobrança deverá se dar como:

c) Primeira região puncionada: Deverá ser cobrada como ato de coleta de PAAF de órgãos ou **estruturas profundas com deslocamento do patologista** ou ato de coleta de PAAF de órgãos e **estruturas superficiais com deslocamento do patologista**.

d) Demais regiões puncionadas: Deverão ser cobradas como ato de coleta de PAAF de órgãos ou **estruturas superficiais sem deslocamento do patologista** ou ato de coleta de PAAF de órgãos ou **estruturas profundas sem deslocamento do patologista**.

#### **Biópsia simples**

a) A análise do material obtido será cobrada como Procedimento diagnóstico em biópsia simples "*imprint*" e "*cell block*" ou como procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5, no valor da tabela negociada vigente.

#### **Fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia**

a) Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco, mesmo que exijam a confecção de mais de três mais blocos histológicos, será remunerado somente um único frasco, contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).

#### **Diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples**

a) Peças cirúrgicas ou anatômicas simples resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas, tais como as exéreses **de cistos**, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado, e ainda outros exemplos como ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorroida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar, etc., em geral, exigem a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada, mas acondicionada em frascos diferentes, será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame. Nódulos tumorais múltiplos (mamários, prostáticos, miomatosos etc.), são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independentemente de serem colocados em um mesmo frasco. Esta regra se aplica para os procedimentos que não possuem código para biópsia.



### **Diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa**

a) O procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa, cobra intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica, incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. São exemplos: os produtos de cirurgias radicais, como amputação de pênis, colectomia, conização de colo uterino, enterectomia, esofagectomia, esvaziamento ganglionar (monobloco isolado), exenteração de globo ocular, gastrectomia, histerectomia radical (por neoplasia), laringectomia, mastectomia, nefrectomia, orquiectomia, pneumectomia (ou lobectomia), prostatectomia, quadrantectomia mamária, retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia (ou lobectomia), vulvectomia, etc. Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas (para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3,0 cm), as ressecções de tumores volumosos (maiores de 7,0 cm), as ressecções de órgãos parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, prostáticos etc. A placenta (disco placentário), em caso de gemelares é remunerada de forma independente, para cada qual.

### **Diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas**

a) Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens: Peças cirúrgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirúrgica simples ou complexa, enviada em monobloco ou de um espécime de amputação, como por exemplo:

- a) Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério etc., sendo cada estrutura remunerada de forma independente;
- b) Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais, por grupo de até seis linfonodos, de uma peça anatômica simples ou complexa;
- c) Cordão umbilical e membranas de uma placenta.

Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirúrgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endo cervicais) e de até cinco margens cirúrgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento relativo a este código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

Outros exemplos para melhor compreensão:

a) **Ressecção de melanoma ou tumores cutâneos com mais de 3 cm:** O código para a peça é o 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Se houve ressecção de uma ou mais margens da ferida

cirúrgica o envio é em separado, codificando-se cada uma delas com o código 4.06.01.22-6 Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens – 1 x por peça adicional (máximo três – lateral direita, lateral esquerda e profunda).

b) **Colectomia parcial:** Para a peça intestinal, usa-se o código 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Para o mesentério, usa-se o código 4.06.01.22-6 Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x.

c) **Histerectomia total com anexectomia:** Remunera-se o código 4.06.01.21-8 – Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Para as demais estruturas, o que segue: a) Trompa: remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x; Ovário: remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x.

d) **Histerectomia simples: Útero:** remunera-se com o código 4.06.01.20-0 Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples 1 x; A **peça do colo** remunera-se com o código 4.06.01.21-8 – Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa. Caso seja retirado fragmento do **endo e exocérvice**, remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 2 x.

#### **Diagnóstico em lâminas de PAAF até 5**

a) Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões de um mesmo órgão ou de um órgão diferente terão seus portes e UCO fixados separadamente. Esfregaços da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste procedimento para cada 5 lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireoide, equivale 3 vezes o código 4.06.01.25-0).

### **35. Cardiologia**

a) Na Assistência Cardiológica Per-operatória em cirurgia geral e em parto não cabe o pagamento do anestesiológico, da monitorização cardíaca durante os procedimentos de hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Ao cardiologista cabe pagamento dos honorários somente quando se tratar de acompanhamento de pacientes cardiopatas de alto risco durante cirurgia de maior complexidade.

- b) O Holter não será pago para pacientes em UTI, uma vez que este já se encontra monitorizado.

### 36. Ortopedia

Referente aos procedimentos videoartrocópicos de **joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e túnel do carpo e coxofemoral:**

- a) Nas cirurgias vídeo artroscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório **até um limite de três por articulação**, devendo estar comprovada esta atuação.
- b) Os procedimentos extra articulares poderão ser associados a qualquer procedimento intra-articulares do **joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e túnel do carpo coxofemoral** para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias).

### 37. Outros

1. A navegação poderá, mediante justificativa médica consubstanciada à luz da medicina baseada em evidências, ser solicitada na instrumentalização de coluna, **somente em casos de compressão medular ou radicular com instabilidade, comprovadas.**
2. Os procedimentos por cateter (Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso, Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal – por vaso, Angiografia pós-operatória de controle e Angiografia transoperatória de posicionamento), incluem no máximo três vasos.

## 1.2.5 PACIENTE CRÔNICO

### 1.2.5.1 PACIENTE CRÔNICO, REGRAS GERAIS

1. A doença crônica é caracterizada como aquela de curso prolongado, independentemente de sua gravidade, comprometendo sistema, órgão ou função de forma irreversível, com intermitência de alterações do seu quadro (remissões e exacerbações).
2. De regra geral o caráter da doença já é conhecido, dispensando investigações e requerendo somente o acompanhamento da evolução e intervenção (tratamento), de acordo com o quadro clínico. Enquadram-se nesta condição doenças crônicas degenerativas, cardiopatias crônicas, neste tipo de caracterização podemos citar doenças como a diabetes mellitus, cardiopatias crônicas, doenças de curso prolongado, entre outras do tipo.

3. Para fins de pagamento das visitas hospitalares os Fundos considera que para as internações de pacientes com este perfil, duas situações:

a) Até o 10º dia de internação (período de agudização do quadro que originou a indicação de hospitalização) será paga 01 (uma) visita hospitalar/dia;

b) a partir do 11º dia de internação será paga 01 (uma) visita hospitalar a cada 03 (três) dias;

**4. Se a internação for superior a 30 (trinta) dias, caberá o encerramento desta, para cobrança (conta parcial com a cobrança máxima de 30 diárias), com registro no sistema informatizado de fechamento da internação e com solicitação de nova, embora o paciente permaneça internado.**

#### **1.2.6 TAXAS COBERTAS**

**Constituem cobrança por uso de ambiente hospitalar, serviços prestados ou uso de aparelhagem.** As taxas descomprometem os Fundos de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.

**Os Fundos reconhecem, para fins de cobrança e pagamento, somente as taxas constantes da Tabela de Taxas Hospitalares negociadas com o prestador.** Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas sem prévia negociação entre as partes, ficando sujeitas a glosa, sem recurso.

##### **1.2.6.1 TAXAS DE SALAS**

1. É a modalidade de cobrança por utilização de ambiente próprio, recursos (estrutura, equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários a prestação da assistência (realização de determinados procedimentos).

2. Não deverão ser cobradas quando for utilizada a remuneração sob a forma de pacote.

3. Inclui o ambiente físico, os equipamentos de uso permanente e instrumentais, serviços de enfermagem, instrumentador e pertinentes.

4. As taxas de salas respectivas são cobradas apenas uma vez, independentemente do número de procedimentos realizados, vias de acesso ou codificação utilizada para cobrança. Também não podem ser cobradas em associação com qualquer outra (taxa de sala de procedimento ambulatorial + taxa de sala de observação em pronto socorro).

5. Não é permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados na enfermaria, UTI, unidade semi-intensiva e berçário de risco.
6. A taxa de sala de radiologia somente poderá ser cobrada quando for realizada a radiologia intervencionista.
7. As taxas referidas neste documento não contemplam honorários médicos.

#### **1.2.6.1.1 TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

1. Nas situações que envolvem **procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos**, por uma mesma equipe ou por equipes cirúrgicas distintas, será paga a taxa de sala correspondente à cirurgia de maior porte.
2. As **Taxas de Sala de Centro Cirúrgico** serão pagas conforme o porte da cirurgia, de acordo com a tabela acordada.

#### **3. Estão inclusos nas Taxas de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação:**

- a) Mesa cirúrgica e auxiliares, foco central e auxiliar;
- b) Equipamento e instrumental de anestesia;
- c) Instrumentais cirúrgicos e estéreis permanentes;
- d) Rouparia de sala, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, campo impermeável, campo fenestrado, máscara facial cirúrgica, gorro, propés e assemelhados;
- e) Serviços de enfermagem;
- f) Instrumentador;
- g) Preparo integral do paciente (lavagens digestivas, sondagem, tricotomia etc.);
- h) Luvas de proteção individual e EPI;
- i) Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- j) Ar condicionado central ou interno;
- k) Assepsia e antissepsia da equipe e paciente (álcool, povidine tópico e degermante, álcool iodado, éter, água oxigenada, clorexidine etc.);
- l) Equipamentos/ instrumental em geral: Focos, instrumental/ equipamentos para anestesia, equipamentos/instrumentais para ventilação manual, instrumental básico para procedimentos cirúrgicos, carrinho de anestesia, monitor cardíaco e de PNI, oxímetro, capnógrafo, bomba de infusão, bomba de circulação extracorpórea, ventilador/respirador de volume e, ou pressão, cal sodada, circuito

respiratório, desfibrilador/ cardioversor, aspirador/irrigador elétrico portátil/ vácuo, eletrodos, aparelho nebulizador, bisturi elétrico, caneta para bisturi elétrico, lixa eletro cirúrgica permanente ou descartável, marcador cirúrgico, manta e colchão térmico e assemelhados.

m) Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos e / ou descartáveis.

#### **4. Itens Não incluídos em Taxa de Sala Cirúrgica**

- a) Honorários médicos;
- b) Gases anestésicos, oxigênio, protóxido de azoto, ar comprimido, óxido nítrico;
- c) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- d) Materiais descartáveis/especiais conforme necessidade e prescrição;
- e) Medicamentos conforme necessidade do paciente e prescrição médica; Próteses cirúrgicas e materiais especiais;
- f) Hemoderivados.

#### **5. Itens Incluídos em Taxa de Sala de Recuperação**

- a) Aparelhos e Equipamentos necessários para recuperação do paciente;
- b) Equipamentos/ instrumentais para ventilação manual;
- c) Todos os serviços e assistência de enfermagem;
- d) Assistência médica;
- e) Equipamento tais com monitor cardíaco, oxímetro e desfibrilador;
- f) Saída do sistema de vácuo e oxigênio, centralizado ou não. Os gases, quando utilizados, são pagos por uso, nos termos postos neste manual.

### **1.2.7.1.1 TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO**

#### **Taxa de Sala de Hemodinâmica/Procedimentos Intervencionistas**

Utilizada na realização de procedimentos de hemodinâmica (diagnóstica ou terapêutica), bem como na colocação de balão intra-aórtico e angiografia, e outros procedimentos intervencionistas aplicáveis.

#### **Itens incluídos taxa de sala hemodinâmica/procedimentos intervencionistas**

- a) Ambiente;

- b) Instrumentador;
- c) Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório;
- d) Equipamentos que são específicos para a realização do procedimento, de qualquer tipo ou modelo e que sejam permanentes na unidade;
- e) Instrumental/equipamentos de anestesia e os que são permanentes na unidade;
- f) Rouparia permanente e descartável (avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propés);
- g) Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos, aspirações, inalações se refere à instalação do procedimento, controle pertinentes a enfermagem.

#### **Taxa de Sala de Endoscopia**

**Ambiente próprio** destinado para a realização ambulatorial de endoscopia alta ou baixa, diagnóstica ou terapêutica. Cobrada conforme tabela acordada.

#### **Itens inclusos** na Taxa de Sala de Endoscopia

- a) equipamento e instrumentais para realização de endoscopia alta ou baixa;
- b) equipamentos e instrumentais de anestesia/sedação.

#### **Itens excluídos** da Taxa de Sala de Endoscopia

- a) honorários do endoscopista e do anestesista, caso haja participação deste;
- b) medicamentos e materiais de consumo/descartáveis utilizados;

#### **Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial**

1. **Ambiente próprio** destinado à **realização de procedimentos ambulatoriais realizadas fora do centro cirúrgico**, tais como exérese de unha, exérese e sutura simples, drenagem de abscesso, flegmão, retirada de corpo estranho subcutâneo, punções, passagem de sondas, lavagem gástrica etc., realizados ambulatoriamente fora da internação hospitalar, executados por profissional médico e que não demandem internação hospitalar.

2. Cobrada conforme tabela acordada, inclui e exclui:

#### **Itens inclusos na Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial**

- a) Equipamento e instrumentais para realização dos procedimentos.

### **Itens excluídos da Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial**

- a) Honorários médicos;
- b) Medicamentos e materiais de consumo/descartáveis utilizados.

3. Para determinados procedimentos de dermatologia há que se considerar ou não a cobrança da taxa de sala. A título de exemplo:

- a) **Não cabe cobrança de taxa de sala:** Exames bacterioscópicos de lesão cutânea, muco ou linfa; Exame citológico de lesão cutânea; Exame micológico direto; Exame micológico – cultura e identificação de colônia; Intra dermo reação – por unidade; Teste epicutâneo, epilação – por sessão; Infiltração intra lesional – por sessão; Pequenas lesões - cauterização química (por grupo de até 5 lesões); Esfoliação química profunda – por sessão; Fototerapia com UVA (PUVA) – por sessão.
- b) **Cabe cobrança da taxa de sala somente se realizada em centro cirúrgico ou sala específica. Não cabe pagar se realizada em consultório:** Abrasão cirúrgica por sessão; Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosa (com ou sem curetagem, por grupo de até 5 lesões); Tratamento da miíase furunculóide.
- c) **Cabe a cobrança da taxa de sala:** Biópsia de pele e mucosa; Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 10 lesões); Excisão e sutura com rotação de retalhos; Excisão e sutura de unha encravada pela dobra ungueal; Excisão e sutura com plástica em “Z”; Excisão e sutura simples de lesões de pele e mucosa; Exérese de unha; Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício; Retirada de corpo estranho subcutâneo; Exérese de lesão com enxertia; Curetagem e eletrocoagulação do câncer de pele; Excisão e sutura simples de câncer de pele e mucosas; Incisão e drenagem de fleimão.

### **Taxa de Sala de Quimioterapia Ambulatorial**

Taxa de sala para a qual **cabe cobrança somente para a aplicação de quimioterápicos que requeiram supervisão do médico oncologista**, durante seu uso.

**Não se aplica** quando este procedimento for realizado **na modalidade de pacote**, bem como para **aplicação do medicamento por via oral, intra muscular ou subcutâneo**.

### **Taxa de Sala para Colocação e Aparelho Gessado**

1. O pagamento da Taxa de Sala de Gesso está condicionado à utilização da mesma, e inclui os equipamentos permanentes ou não, necessários à confecção de aparelho gessado.



2. A Taxa **remunera somente procedimento gessado**, em sala específica (única cobrança permitida), e não pode ser cobrada quando ocorrer a simples retirada do mesmo.
3. Não caberá cobrança de Taxa para as imobilizações limitadas à:
  - a) Uso de crepe ou esparadrapos;
  - b) Enfaixamentos;
  - c) Tipoias,
  - d) Simples colocação de saltos em aparelhos gessados previamente instalados;
  - e) Talas não gessadas;
  - f) Imobilizações com materiais descartáveis e reutilizáveis (plásticos ou sintéticos).
4. Não cabe cobrança da taxa para a retirada de aparelho gessado.
5. Não cabe a cobrança da taxa para realização de punções ou infiltrações.

#### **1.2.7.1.2 TAXAS DE SERVIÇOS**

Compreende a cobertura para a prestação dos seguintes serviços

##### **Taxa para Alimentação de Acompanhante (três refeições):**

1.2.7.1.2.1 Para beneficiários internados em quarto coletivo que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais e parturientes.

##### **Taxa de Nebulização**

1. As nebulizações são pagas por unidade e segundo o tipo: nebulização simples, com ou sem broncodilatadores e nebulização contínua ou macro nebulização. Deverão ser prescritas pelo médico assistente.
2. A sessão de nebulização simples somente será paga em duas circunstâncias:
  - a) nas urgências, para pacientes com broncoespasmo;
  - b) em pacientes internados, com quadro clínico que exija esta terapia.
3. A nebulização simples com uso de broncodilatador inalatório inclui (não cabendo cobrança em separado):
  - a) as drogas habitualmente utilizadas (Berotec, Aminofilina, Atrovent);
  - b) a solução fisiológica (em geral na quantidade de 5ml para não diluir demais a medicação, não atingindo os efeitos terapêuticos desejados)

e ou não concentrar, potencializando seus efeitos colaterais);

c) e a seringa descartável.

4. Em relação aos gases para nebulização, não cabe cobrança em separado:

a) do ar comprimido (recomendado na vazão de 5 a 6l /min, já que vazão menor pode não gerar pressão adequada para formar partículas pequenas o suficiente para atingir as pequenas vias aéreas, onde haverá a maior absorção da medicação.

b) do oxigênio.

5. Nos casos consubstanciados em que o quadro clínico do paciente exige o uso do oxigênio na nebulização - saturação de oxigênio no sangue arterial baixa (< que 94%), com justificativa clínica registrada no prontuário, por meio da máscara Venturi ou da máscara de macro nebulização e em geral na vazão de 5 a 7 litros/minuto, o custo deste será pago proporcionalmente ao utilizado em cada sessão, por hora anotada.

6. Não se paga em separado o O<sub>2</sub> em nebulização quando o paciente estiver em oxigênio contínuo em cateter nasal ou respirador. Paga somente a taxa prevista.

### 1.2.7.1.3 TAXAS POR UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Paga pela utilização de equipamentos de uso específico ou não contínuo, coberta segundo condição detida pelo prestador e que permita sua cobrança, nos valores pagos e negociados com os Fundos. **Não cabe pagamento para os equipamentos de uso hospitalar comum e contínuo** no tratamento dos pacientes, **e obrigatórios para o funcionamento do hospital**, que estão inclusos na composição dos valores das diárias e das taxas de sala.

1. Não serão pagas taxas para o carro de anestesia (respirador) ou para a bomba de infusão, utilizados na sala de cirurgia.

2. Nas taxas de equipamentos estão inclusos todos os **insumos necessários** para o seu funcionamento e manutenção.

3. Ferramentas cirúrgicas tais como frezas, brocas, serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador, p. ex., são instrumentos cirúrgicos permanentes/uso hospitalar obrigatório e constituem o material básico para a realização do procedimento, portanto, não terão taxas remunerados.

4. A cobertura relacionada à taxa para uso de bomba de infusão fora da UTI e do centro cirúrgico para a infusão contínua e controlada de fluidos dar-se-á somente para as situações a seguir listadas. Exige registro na ficha clínica/prontuário do paciente com justificativa para utilização.

a) **Medicamentos específicos** tais como adrenalina, lactato de

milrinona, nitroprussiato de sódio, dopamina, noradrenalina, morfina, sulfato de magnésio (eclampsia), dobutamina, tridil, amiodarona e antibióticos (meropenem - infusão prolongada, cefepima infusão prolongada, tazocim - infusão prolongada, vancomicina, anfotericina, e outros em que haja **indicação direta para o uso da bomba**);

- b) Nutrição enteral quando o acesso for jejunal, síndrome do intestino curto, em pacientes com patologias disabsortivas/desnutrição severa ou após jejum prolongado, na presença de distúrbios gastrointestinais que podem ser relacionados à nutrição enteral (cólicas, vômitos, diarreia, distensão abdominal etc.) e quando a vazão for inferior a 60ml/h.
- c) Nutrição parenteral, preferencialmente usar a bomba de infusão.
- d) Uso de quimioterápicos que requerem infusão controlada do medicamento tais como bevacizumabe, trastuzumab, carmustina, docetaxel, doxorubicina, cetuximabe, ifosfamida, fluorouracil, rituximabe, ciclofosfamida, paclitaxel, entre outros.
- e) Terapia insulínica intensiva guiada por monitorização.
- f) Crianças de muito baixa idade/peso/neonatos, cardiopatas descompensados, edema agudo de pulmão, insuficiência renal.

**Quadro 07:** Taxas por uso de equipamentos cobertas pelos Fundos, por tipo e passíveis de negociação

<b>Tipo de equipamento para os quais cabe pagamento de taxa</b>	<b>Cobrança por</b>
1. Taxa de uso de bomba de infusão fora da UTI e CC (exclusivamente nas situações em que há indicação de uso com justificativa consubstanciada, e a depender da medicação usada)	Uso
2. Taxa de uso intensificador de imagem/arco cirúrgico (para cirurgias de portes 5 a 8)*	Uso
3. Taxa de uso de bisturi eletrônico microprocessado ou de alta frequência	Uso
4. Taxa de uso de equipamento de fototerapia	Diária
5. Taxa de uso de perfurador/trépano elétrico (excluídos entre si para cobrança).	Uso
6. Taxa de uso de bomba circulação extracorpórea	Uso
7. Taxa de uso marcapasso externo temporário	Uso
8. Taxa de uso microscópio cirúrgico	Uso
9. Taxa de uso de monitor de pressão intracraniana (MPIC) - Camino	Uso
10. Taxa de uso de monitor de pressão invasiva	Uso
11. Taxa de uso colchão d'água/ar/caixa de ovo (somente em UTI e por indicação/necessidade comprovada)	Uso

12. Taxa de uso de manta térmica**	Uso
13. Taxa de uso de craniótomo/ <i>drill</i> elétrico com ou sem fresa/ protetor de dura mater  (cortes ósseos precisos, inserções, entalhes, perfurações, e desbastes ósseos em geral. Para cobrança, são excludentes entre si .	Uso
14. Taxa de uso capnógrafo (fora da UTI e CC, com indicação consubstanciada, registro de uso e monitoramento do paciente)	Uso
15. Taxa de uso serra elétrica para cirurgia	Uso
16. Taxa de uso tração esquelética	Uso
17. Taxa de uso oxicapnógrafo (fora da UTI e CC, com indicação consubstanciada, registro de uso e monitoramento do paciente).	Uso
18. Taxa de monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)***	Uso
19. Taxa de uso de videocirurgia para ARTROSCOPIA. Estão inclusos a taxa de uso do equipamento, materiais descartáveis/especiais (camisa para artroscópio, campo estéril e equipo de 4 vias para artroscópio e dreno de sucção). Exclui a Lâmina de Shaver.	Uso
20. Taxa de uso do aparelho videoendoscópio para NEUROCIRURGIA (diagnóstico/cirúrgico)	Uso
21. Taxa de uso do aparelho de videoendoscópio DIGESTIVO diagnóstico e cirúrgico	Uso
22. Taxa de uso do aparelho para videohisteroscopia DIAGNÓSTICA	Uso
23. Taxa de uso do aparelho para videohisteroscopia CIRÚRGICA. Inclui a taxa de aparelho e do bisturi de alta frequência.	Uso
24. Taxa de uso do aparelho do vídeolaparoscopia DIAGNÓSTICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso
25. Taxa de uso do aparelho do vídeolaparoscopia CIRÚRGICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso
26. Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia RESPIRATÓRIA (diagnóstico/cirúrgico)	Uso
27. Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia CIRÚRGICA em otorrino	Uso
28. Taxa de uso de aparelho de videoendoscopia cirúrgica UROLÓGICA.	Uso

#### \* Intensificador de Imagem/Fluoroscópio/Arco C

Taxa de uso intensificador de imagem/arco cirúrgico, respeitadas as indicações, em geral está fundamentalmente associada aos procedimentos de radiologia intervencionista e angiorradiologia e às cirurgias de porte cinco a mais, servindo como exemplo as inserção de cateter (para dirigir a passagem de um cateter durante um procedimento de angioplastia ou angiografia), as inserção de dispositivos cardíacos (marcapassos, desfibriladores implantáveis, ressinchronizadores), nas angiografias para visualizar/estudar o fluxo sanguíneo para determinados órgãos, em certas cirurgias ortopédicas (visualizar fraturas e seu tratamento durante procedimentos cirúrgicos).

#### \*\*Manta térmica:

1. Será autorizada somente para idosos e politraumatizados, segundo os seguintes

critérios de indicação:

- a) Pacientes acima de 60 anos de idade que realizaram cirurgias de porte 6 ou 7;
- b) No pré e pós-operatório de neonatos;
- c) Nos pacientes com diagnóstico comprovado de politraumatizados;
- d) Nos grandes queimados (critérios de classificação);
- e) Um UTI, para pacientes com hipotermia e com baixo débito, com disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas), à exceção de falência orgânica, quadros de sepse.

## **2. Monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)\*\*\***

Não cabe o uso para neonatos, tendo em vista que a recepção do recém-nascido em sala de parto é realizada no berço de calor radiante. Na UTI Neonatal em incubadora ou também em berço de calor radiante.

\*\*\* Será autorizada somente para pacientes que atendam aos seguintes critérios:

- a) Procedimentos cirúrgicos de longa duração, acima de 4 horas (diminuição dos gastos dos agentes anestésicos);
- b) Em anestesia geral para parto cesáreo (risco de superficialização da anestesia geral acarretando em consciência intraoperatória);
- c) Suspeita de vazamento do aparelho de anestesia e inadequação do plano anestésico (risco de consciência Intraoperatória);
- d) Paciente acima de 70 anos ou com instabilidade hemodinâmica (risco de aprofundamento acentuado de plano anestésico acarretando hipoperfusão cerebral. Quadro observado através do aumento da taxa de supressão no BIS);
- e) Cirurgia de obesidade mórbida (melhor titulação do agente hipnótico e prevenção de memória Intraoperatória).

## MÓDULO II - TERAPIAS COMPLEMENTARES EM PACIENTE INTERNADO

### 2.1 FISIOTERAPIA NO PACIENTE INTERNADO

1. A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente. Requer solicitação/autorização prévia da Central de Guias, informando os seguintes dados:

- a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente;
- b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada);
- c) Tipo: respiratória ou motora;
- d) Quantidade total de sessões solicitadas;
- e) Quantidade por dia;
- f) Local de acomodação do paciente.

2. Será permitida a cobrança de até 02 (duas) sessões de **Fisioterapia Respiratória em Paciente Internado/dia** e 01 (uma) **Fisioterapia Motora em Paciente Internado/dia**, compatíveis com a patologia do paciente, independentemente do local de acomodação (enfermaria ou UTI).

3. Para realizar em concomitância e no máximo uma vez, cada um dos códigos de procedimentos fisioterápicos específicos, por dia de internação.

4. Em casos excepcionais, onde for comprovadamente necessária a realização de mais de uma sessão de cada tipo de fisioterapia, deverá ser solicitada a autorização prévia da Central de Guias, sob pena de não pagamento dos procedimentos adicionais.

5. Nos casos de fisioterapia em paciente internado caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do paciente, o Plano de Assistência Fisioterápica e sua evolução.

6. O registro da assistência fisioterapêutica em paciente internado deverá ser eniado com cópia juntamente com a guia original para o faturamento dos Fundos.

### 2.2 FONOAUDIOLOGIA NO PACIENTE INTERNADO

1. Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados a recuperação funcional da mastigação, deglutição e fala.

2. A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente, deverá ser enviado com cópia juntamente com a guia original para o faturamento dos Fundos. Requer solicitação/autorização prévia da Central de Guias, informando os seguintes dados:

- a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente
- b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada).
- c) Planejamento terapêutico;
- d) Quantidade total de sessões solicitadas;
- e) Local de acomodação do paciente.

3. Será permitida a cobrança de 01 (uma) sessão de **Exercícios fonoaudiológicos em paciente internado/dia** compatível com a patologia do paciente, independentemente do local de acomodação (enfermaria ou UTI).

4. A autorização prévia pode ser dada pela Central de Guias.

5. A cobrança da assistência fonoaudiológica deverá ser efetuada mediante lançamento, na guia de internação, do código especificado, segundo Tabela Acordada.

6. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deverá encaminhar junto com a fatura a solicitação médica e a guia de autorização original, e anexar uma cópia do prontuário médico.

7. O pagamento da fonoaudiologia hospitalar poderá ser realizado de duas formas:

- a) Diretamente ao fonoaudiólogo, desde que este seja credenciado dos Fundos;
- b) Diretamente ao hospital, para repasse posterior ao fonoaudiólogo, quando este não for credenciado.

## **2.3 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL**

1. Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição enteral e, ou, parenteral. Quando aplicada a pacientes internados é parte dos cuidados dispensados, que se soma ao tratamento clínico e, ou, cirúrgico da doença de base, sendo, pois, um tratamento complementar nos casos em que não há possibilidade de suprir as necessidades metabólicas do paciente através da alimentação natural.

### 2.3.1 REGRAS GERAIS

1. Atenção para a indicação do suporte nutricional pelo médico assistente, que deverá estar assentada na necessidade de manutenção ou correção do estado nutricional do paciente, sob tratamento clínico ou cirúrgico.
2. O suporte nutricional deverá ser **critériosamente indicado** e, da mesma forma, deverão ser **selecionados os pacientes** para realização da terapia nutricional quanto a melhor forma de nutrição. A nutrição enteral deverá ter sempre prioridade em relação à nutrição parenteral, até porque esta última tem indicações bem restritas.
3. A aplicação da terapia nutricional somente poderá ser realizada nos pacientes sob regime de internação hospitalar, e a indicação e a manutenção do paciente em suporte nutricional deverão ser **previamente autorizadas pelos Fundos**.
4. Somente poderão ser prescritas produtos (fórmulas) que constam no protocolo acordado e enviado aos Fundos.
5. Na nutrição enteral, com o alimento administrado por via oral, não cabe remuneração como procedimento de terapia nutricional, por ser somente nutrição oral especializada.
6. Não será considerada nutrição enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.
7. O hospital deverá ter uma área específica para o preparo de Nutrição Enteral e outra para o preparo de Nutrição Parenteral asseguradas quanto à utilização de técnica asséptica.
8. O controle radiológico será reconhecido em duas situações:
  - a) Avaliar o posicionamento da sonda enteral para nutrição enteral.
  - b) Avaliar o posicionamento do cateter venoso central.
9. O preparo da nutrição parenteral é uma atividade restrita ao profissional farmacêutico.
10. O diagnóstico e o acompanhamento nutricional são partes integrante dos serviços da terapia nutricional, não cabendo, portanto, cobrança em separado.
11. A via para administração da nutrição parenteral deve ser exclusiva.
12. Para os códigos 2.02.01.10-9 Avaliação clínica enteral, 2.02.01.11-7 Avaliação clínica diária parenteral ou 2.02.01.12-5 Avaliação clínica diária parenteral e enteral cabe cobrança somente para o profissional de classe devidamente registrado (informar número do conselho de classe), identificado nas solicitações e no prontuário médico e com cópia para o faturamento entregue aos Fundos.
13. Não cabe a cobrança de visita hospitalar concomitante com avaliação enteral /



parenteral.

### 2.3.2 MATERIAIS ASSOCIADO À ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL OU PARENTERAL:

#### Nutrição Enteral

**1) Bomba de infusão:** A administração da NE em bomba de infusão (BI), de forma contínua ou com pausas, é coberta nos seguintes casos:

- a) No caso de acesso jejunal;
- b) Em pacientes com patologias disabsortivas, desnutrição severa ou após jejum prolongado;
- c) Na presença de distúrbios gastrointestinais que podem ser relacionados à NE (cólicas, vômitos, diarreia, distensão abdominal etc.);
- d) Quando a vazão for inferior a 60ml/h. Acima desta a aplicação é gravitacional.

**2) Equipo:** Nutrição Enteral administrada em infusão intermitente, por bomba de infusão ou gravitacional:

- a) O equipo de infusão (azul) deve ser trocado a cada 24 horas, especialmente nos casos de administração intermitente, sistemas abertos e pacientes imunocomprometidos.
- b) Alguns sistemas fechados (prontos para uso) podem permanecer instalados, à temperatura ambiente, durante 48 horas, sempre e quando o caráter fechado do sistema não for alterado.
- c) Com sistemas fechados, trocar a cada 24-48 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante.
- d) Admite-se a troca ocasional antes das 24 horas em caso de contaminação durante a administração ou em caso de obstrução (justificativa consubstanciada).

**3) Filtro:** O filtro, presente na linha de infusão de alguns equipos, pode reter nutrientes. Assim não tem indicação de uso na nutrição enteral.

#### Nutrição parenteral

**1) Bomba de infusão:** Utilizar, preferencialmente bomba de infusão, verificando o gotejamento prescrito e a via de administração.

**2) Equipo:** Administração contínua, via bomba de infusão, em 24 horas, com fluxo constante, sem interrupção, regras:

- a) Trocar o equipo e dispositivo complementar a cada bolsa a ser infundida;

- b) Em NPT/NPP, em até 24 horas, a partir da instalação;
- c) Infusões lipídicas: Trocar o equipo e dispositivo complementar a cada 12 horas, e este deve ser isento de dietilexilftalato (DEHP);
- d) Quando na nutrição parenteral total houver uma mistura de nutrientes ou formulações com aminoácido/dextrose, o equipo deve ser isento de DEHP (dietilexilftalato);
- e) A via de administração deve ser exclusiva.

3) **Filtro:** na linha de infusão da bolsa de nutrição parenteral, cobertura:

- a) Filtro de 0,22 micra: **Quando a nutrição parenteral contiver fosfato e cálcio.** A troca do filtro deve se dar juntamente com a do equipo a cada 24-48 horas.
- b) Filtro de 1,2 micra: **Quando a nutrição parenteral contiver lipídeos.** A troca do filtro deve se dar a cada 24 horas.

### 2.3.3 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

1. **Nutrição Enteral (NE):** Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. Nutrição Enteral em Sistema Aberto – requer manipulação prévia à sua administração, para uso imediato ou atendendo à orientação do fabricante. Nesta forma de administração os frascos diet administradas serão pagos por horário.

3. Nutrição Enteral em Sistema Fechado – industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.

4. Administra nutrientes na forma de dietas, com fórmulas quimicamente definidas - monoméricas, oligoméricas ou poliméricas, por meio do tubo digestivo, com utilização ou não de sondas gástricas ou jejunais, com acompanhamento clínico e laboratorial.

5. Deverá ser utilizada quando estiverem mantidas as capacidades absorptivas e motoras do trato gastrointestinal, e não será considerada nutrição enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.

6. Assim, a terapia de nutrição enteral será autorizada exclusivamente nas seguintes situações:

**Quadro 08: Condições nosológicas passíveis de utilização da nutrição enteral**

Condição do sistema digestório	Condição clínica apresentada pelo paciente
Integridade do tubo gastrointestinal em pacientes com ingestão oral insuficiente, < 70% necessidades diárias.	Lesões do SNC; Anorexia nervosa; Caquexia cardíaca; Neoplasias; Doenças desmielinizantes; Lesões orais graves/extensas; Grandes queimaduras; AVC; Septicemia; Depressão grave; Anomalias congênitas (fissura do palato, atresia do esôfago, fístula traqueo esofágica...).
Dificuldades de acesso ao intestino normal por conta de dor ou desconforto produzidos alimentação	Doença de Crohn; Colite ulcerativa; Carcinoma do TGI; Pancreatite aguda; Fibrose cística em crianças; Lesão de face e mandíbula; Deglutição comprometida de causa muscular/neurológica; Lesão obstrutiva inflamatória benigna ou Fístulas enterocutâneas de alto débito.
Anormalidades funcionais do intestino nos casos de disfunção do trato gastrointestinal.	Síndrome de má absorção; Fístula enterocutâneas de alto débito; Síndrome do intestino curto; Enterite por quimioterapia e radioterapia; Doenças intestinais neonatais.
Em crianças	Ingestão oral inadequada com perda de peso e crescimento deficiente, estados hipercatabólicos,

- a) **Para pacientes impossibilitados de ingestão oral**, seja por patologias do trato gastrointestinal alto, por intubação orotraqueal, por distúrbios neurológicos com comprometimento do nível de consciência ou dos movimentos mastigatórios;
- b) **Para pacientes com ingestão oral baixa**, causada por anorexia de diversas etiologias.

**Indicações:**

**Quadro 08: Condições nosológicas passíveis de utilização da nutrição enteral:**

Contraindicações	Razões e Condições
TNE em período curto	Expectativa de usar a TNE em período inferior a 5 a 7 dias para pacientes desnutridos ou 7 a 9 dias para pacientes bem nutridos.
Doença terminal	As complicações potenciais superam os benefícios.

Síndrome do intestino curto	Do tipo maciço ou em fase inicial de reabilitação intestinal.
Obstrução intestinal mecânica ou pseudo obstrução	Ausência de trânsito intestinal total ou localizado.
Sangramento gastrointestinal severo	Requer intervenção armada, ocasiona náusea, vômito e melena ou enterorragia.
Vômitos severos	Dificultam a manutenção da sonda nasoenteral
Diarreia severa	Avaliar a causa, considerar drogas, perdas hidroeletrólíticas.
Pancreatite	Aguda grave
Fístulas Intestinais	Especialmente jejunais e de alto débito (> 500 ml/dia).
Isquemia gastrointestinal	Doentes críticos, com sepse, disfunção de múltiplos órgãos, instabilidade cardiopulmonar evidente, síndromes de compressão ou oclusivas crônicas
Íleo paralítico intestinal	Peritonites, hemorragia intraperitoneal, perfuração intestinal, de causa sistêmica por uremia, diabetes grave, lesão nervosa central, hipocalcemia
Inflamação do trato gastrointestinal	Enterites graves por moléstia inflamatória grave dos cólons, enterite actínica intensa e por quimioterapia, pancreatite grave
Hiperêmese gravídica	

### 2.3.4 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL

1. A TNP deve atender a procedimentos escritos específicos e serem devidamente registradas, evidenciando as ocorrências na execução dos procedimentos.
2. A TNP deve abranger, obrigatoriamente, as seguintes etapas:
  - a) Indicação e prescrição médica.
  - b) Preparação: avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte.
  - c) Administração.
  - d) Controle clínico e laboratorial.
  - e) Avaliação final.
3. A unidade hospitalar habilitada à prática da TNP, deve contar com:
  - a) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - formal e

obrigatoriamente constituída de, pelo menos, um profissional de cada categoria, que cumpra efetivamente com treinamento específico para essa atividade, a saber: médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista, com as respectivas atribuições.

- b) Farmacêutico - para realizar todas as operações inerentes ao desenvolvimento, preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte) da NP.
- c) Farmácia – destinada à preparação da NP, com licença de funcionamento concedida pelo órgão sanitário competente e recursos humanos, infraestrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais que atendam às recomendações das Boas Práticas de Preparação de Nutrição Parenteral, localizada, projetada e construída de forma a se adequar às operações desenvolvidas e de assegurar a qualidade das preparações, possuindo, no mínimo os seguintes ambientes:
  - Área de manipulação (área classificada)
  - Sala de limpeza e higienização dos produtos farmacêuticos e correlatos
  - Sala de manipulação (área classificada)
  - Vestiários
  - Área de armazenamento
  - Área de dispensação
- d) Cadastro do serviço de NP junto ao Órgão de Vigilância Sanitária local,

4. As unidades hospitalares que não possuem as condições previstas para operar serviço próprio podem contratar os serviços de terceiros, devidamente licenciados, para a operacionalização total ou parcial da TNP, devendo, nestes casos, formalizar um contrato por escrito.

5. A terapia de Nutrição Parenteral (NP) pode ser:

- a) Total: Administração dos insumos (aminoácidos, glicose e lipídios, vitaminas, eletrólitos e oligoelementos) por meio de um tronco venoso central, seguida de acompanhamento clínico e laboratorial, visando a síntese de tecidos ou a manutenção, em pacientes desnutridos ou não.
- b) Periférica: Administração dos insumos (aminoácidos, glicose e lipídios, vitaminas, eletrólitos e oligoelementos), por meio em via venosa periférica, seguida de acompanhamento clínico e laboratorial, tendo em vista a manutenção das reservas proteicas e calóricas do organismo.

Geralmente é indicada quando há contraindicação absoluta para o uso do trato gastrointestinal (inacessível ou não funcional), sendo as condições a seguir as

cobertas pelos Fundos:

### Indicações

**Quadro 09:** Condições que indicam o uso da nutrição parenteral

Sistema digestório	Condições clínicas
Trato gastrointestinal	Condições que impeçam o uso do trato gastrointestinal por mais de 7 a 10 dias em adultos, 5 a 7 dias em pacientes pediátricos e 1 a 2 dias em neonatos.
Insuficiência do aporte enteral	Recomendada a associação da NP após 05 dias de TNE sem sucesso.
Pré-operatória	Em particular para doentes portadores de desnutrição grave (perda de peso corpóreo $\geq 15\%$ ) com doenças obstrutivas no trato gastrintestinal alto, 7 a 10 dias antes da cirurgia.
Complicações cirúrgicas pós-operatórias	Fístulas intestinais em trânsito e com alto débito, íleo prolongado e infecção peritoneal.
Pancreatite aguda grave	Na impossibilidade do uso do sistema digestório pela presença de vômitos, dor abdominal, íleo adinâmico e ascite pancreática.
Síndrome do intestino curto	Impossibilidade de absorção adequada de nutrientes por via oral ou enteral por tempo indeterminado, se houver menos de 60 cm de intestino funcionante
Desordens gastrintestinais	Vômitos crônicos e doença intestinal infecciosa.
Doença inflamatória intestinal	Colite ulcerativa complicada ou em período pré-operatório e doença de Crohn.
Câncer	Quando o tratamento causa toxicidade gastrintestinal, impedindo a ingestão oral por mais de uma semana
Pacientes críticos	Quando é esperado que o hipermetabolismo se prolongue por 4 a 5 dias
Insuficiências orgânicas	Insuficiências hepática e renal.
Fístulas digestivas, íleo paralítico prolongado	Geralmente em trânsito e com alto débito
Condições pediátricas	Prematuros, má formação congênita do trato gastrintestinal (atresia esofágica intestinal) gastrosquise, onfalocele e diarreia crônica intensa

### Observação:

Como não há indicação de nutrição parenteral nos casos em que o prognóstico da doença de base é ruim e independente do estado nutricional, ou seja, eventual recuperação nutricional não implica em melhor prognóstico, e durante a fase aguda do trauma (*ebb phase*), durante o período de instabilidade hemodinâmica, os Fundos não cobrem a terapia, nestas circunstâncias.

**Quadro 10:** Contraindicações para o uso da nutrição parenteral

1. Pacientes hemodinamicamente instáveis
2. Fase aguda do trauma ( <i>ebb phase</i> )
3. Prognóstico da doença de base é ruim e independente do estado nutricional, ou seja, eventual recuperação nutricional não implica em melhor prognóstico
4. Hipovolemia
5. Choque cardiogênico ou séptico
6. Edema agudo de pulmão
7. Anúria sem diálise
8. Graves distúrbios metabólicos e eletrolíticos
9. Distrofia intestinal
10. Hiperglicemia
11. Imunossupressão
12. Desequilíbrio em aminoácidos e lipídeos
13. Trombose venosa
14. Não contribui para impedir a diminuição de massa magra e lipólise
15. Síndrome da realimentação
16. Considerar as contraindicações ao acesso venoso profundo por punção

**Quadro 11:** Monitorização clínica e laboratorial da NPT, critérios admitidos pelos Fundos

Sinais vitais, balanço hídrico, exame físico direcionado as funções orgânicas, ocorrência de edema, alterações do nível de consciência, peso e demais dados antropométricos.

Parâmetro	Frequência (Fase estável)	Frequência (Fase instável clinicamente comprovada)
Peso corpóreo	Diariamente	Diariamente
<b>Exames, admite até:</b>		
Sódio, Potássio e Cloro	2 x semana	Diariamente
Cálcio, Fosforo e Magnésio	1 x semana	2 x semana
Glicemia	2 x semana	Diariamente
Glicemia capilar (diabético)	1 x dia	Até 6/6 horas
Ureia plasmática	1 x semana	3 x semana
Proteínas totais e frações	1 x semana	1 x semana
Bilirrubina total e frações	1 x semana	1 x semana
ALT, AST	1 x semana	1 x semana
Hemograma	1 x semana	2 x semana
Gasometria arterial ou venosa	A critério médico	A critério médico
Triglicérides	1 x semana	1 x dia se >500 mg/dl

### 2.3.5 PRODUTOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

Os produtos para uso na terapia enteral ou parenteral cobertos pelos Fundos são os listados e detalhados no protocolo acordado entre as partes.

### 2.3.6 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA TERAPIA NUTRICIONAL

1. A terapia nutricional aplicada deverá solicitada por meio do Formulário Padrão para Solicitação de Terapia Nutricional, ser previamente autorizada, ter os devidos registros obrigatórios no prontuário do paciente, com cópia enviada para o faturamento dos Fundos, pela equipe multiprofissional, quais sejam:

- a) **Médico:** Indicação, que deve ser precedida da avaliação nutricional do paciente, que deve ser repetida, no máximo, a cada 10 dias, segundo normas da ANVISA, bem como a de estabelecer o acesso intravenoso



central, para a sua administração e de procedê-lo, assegurando sua correta localização. No caso de nutrição parenteral cabe ao médico prescrever a fórmula e via de administração;

- b) **Farmacêutico:** Preparação, desenvolvimento, avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte das nutrições (desde que haja no hospital as condições requeridas pelo órgão nacional regulador);
- c) **Nutricionista:** Prescrição dietética para nutrição enteral, que deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando seu estado mórbido, estado nutricional e necessidades nutricionais e condições do trato digestivo;
- d) **Enfermeiro:** A administração da terapia nutricional.

A terapia nutricional será cobrada em conjunto com a conta hospitalar, anexando o documento padrão para solicitação da terapia, o Formulário Padrão para Solicitação de Terapia Nutricional original, autorizado pelos Fundos, devidamente preenchido, especificando o produto/insumos nutricionais solicitados e utilizados, para os quais caberão pagamento.

As dietas industrializadas serão pagas de forma fracionada, por dose unitária.

## 2.4 CURATIVOS/COBERTURAS DE FERIDAS

1. São cuidados dispensados a uma área do corpo que sofreu interrupção na continuidade da pele, o que representa uma ferida.
2. O curativo representa todo material colocado diretamente sobre uma ferida, tendo por objetivos: evitar a contaminação de feridas limpas; facilitar a cicatrização; reduzir a infecção nas lesões contaminadas; absorver secreções, facilitar a drenagem de secreções; promover a hemostasia com os curativos compressivos; manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.
3. Podem ser abertos, fechados/oclusivos ou compressivos, sendo que os oclusivos são subdivididos em úmidos e secos. Os curativos úmidos têm por finalidade reduzir o processo inflamatório por vasoconstrição; limpar a pele dos exsudatos, crostas e escamas; manter a drenagem das áreas infectadas e promover a cicatrização pela facilitação do movimento das células.
4. A escolha do curativo dependerá:
  - a) A etiologia e localização da lesão;
  - b) Tamanho de ferida

- c) Condições clínicas
- d) Fases do processo de cicatrização.

#### 5. Vantagens e indicações para cada tipo de curativo

- a) **Curativo fechado:** Absorver a drenagem de secreções; proteger o ferimento das lesões mecânicas; promover hemostasia através de curativo compressivo; impedir contaminação do ferimento; promover o conforto psicológico do paciente.
- b) **Curativo aberto** - Eliminar as condições necessárias para o crescimento de microrganismos (calor, umidade, ausência de luz solar etc.); permitir melhor observação e detecção precoce de dificuldades no processo de cicatrização; facilitar a limpeza; evitar reações alérgicas ao esparadrapo; ser de menor custo.

6. As medicações tópicas nos curativos podem ser veiculadas através de pós, loções, cremes, géis, pastas, pomadas, sprays, aerossóis, entre outros.

#### **Tratamento de Feridas**

O processo de escolha da terapia tópica a ser utilizada, dentre as padronizadas na instituição, deve ser o que atenda às necessidades da ferida, definidas após avaliação criteriosa. Esta seleção é atribuição exclusiva de profissionais de saúde médicos e enfermeiros. Uma terapia tópica inapropriada pode prejudicar ou até mesmo impedir o processo de reparação tecidual.

#### **Lesões ulcerosas mais comuns**

**Úlceras de perna:** Os fatores predisponentes são o ortostatismo, a vulnerabilidade da perna a traumas e infecções, os efeitos do aumento da pressão venosa e a diminuição do fluxo arterial.

**Úlceras de estase:** Provocada por insuficiência venosa crônica devido a sequela de trombose, varizes primárias, anomalias valvulares e outras causas que interferem no retorno do sangue venoso. Formam-se após traumas ou infecções ou por surgimento espontâneo na área de estase.

**Úlceras micro angiopáticas:** Ocorrem na vigência de hipertensão arterial diastólica, micro angiopatia diabética e outras vasculites localizadas no tecido dérmico.

**Úlceras arterioscleróticas:** Úlcera de perna ou pé, encontrada em idosos, desencadeadas por isquemia cutânea dependente de lesões arteriais, geralmente após traumas.

**Úlceras anêmicas:** Úlceras da perna que pode ocorrer em vários tipos de anemias hemolíticas- esferocítica e não esferocítica.

**Úlceras neurotróficas:** O mal perfurante é a ulceração crônica em áreas anestésicas, por trauma ou pressão. A neuropatia periférica é sua causa frequente.

**Úlceras de pressão:** Lesões ulceradas que ocorrem na região lombo-sacra, nos tornozelos, calcanhares e outras regiões de doentes acamados, debilitados ou paraplégicos. São determinadas pela pressão contínua que se exerce sobre determinada área cutânea e dependem de mecanismos vasculares e neurotróficos.

**Queimaduras:** Lesão que pode levar à destruição total ou parcial da pele e de seus anexos, assim como estruturas mais profundas.

De regra geral os critérios para seleção da cobertura, quanto às características da ferida, são:

- a) Tipo: Seca, crosta, exsudato, necrose;
- b) Localização: Por segmento anatômico;
- c) Tamanho (extensão dos tecidos envolvidos): Comprimento, largura e profundidade;
- d) Formato: Superficial ou profunda.

#### **2.4.1 REGRAS GERAIS PARA COBERTURA DE FERIDAS**

Essas orientações têm a finalidade de estabelecer os critérios para a solicitação, autorização e uso de curativos ou coberturas especiais, nos beneficiários dos Fundos.

1. A **solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas**, deverá ser feita pelo médico assistente, com registro no prontuário, deverá ser solicitada para central de Guias. Será avaliada pelos Fundos, para fim de autorização.
2. A solicitação deverá ser feita no **Formulário de Solicitação para Uso de Curativos e Coberturas Especiais**, devidamente preenchida, para análise técnica. Esses curativos/coberturas especiais industrializadas só poderão ser solicitados dentre as opções acordada entre as partes, conforme protocolo.
3. Quando comprovada a necessidade de curativos subsequentes (paciente internado), como no caso de escaras, por exemplo, deverão ser seguidos os mesmos trâmites para a solicitação.
4. Curativos decorrentes do ato cirúrgico realizado, não se paga o curativo ou a taxa de curativo, material e medicamento, por já estarem incluídos na taxa de sala.
5. Curativos realizados em pacientes não internados: Exclusivamente para os casos

em que houve a necessidade de curativos seriados - deiscência de suturas e infecções, cabe:

- a) pagar por taxa acordada (tamanho da lesão), no tipo requerido segundo as características da lesão;
- b) O medicamento utilizado será pago a parte;
- c) ser autorizado previamente.
- d) a solicitação deve vir acompanhada de justificativa contendo: descrição da lesão (localização, tamanho, profundidade, perda de substância, presença de infecção/necrose, entre outros), etiologia, tipo de curativo proposto, quantidade de curativos a realizar). **Serão autorizados no máximo 05 por vez**, caso haja indicações para realização de quantidade superior a esta.

6. A terapia tópica para curativos simples e industrializados tem indicações precisas por tipo de produto e lesões, e seguirão o padrão estabelecidos em documento próprio (anexo curativos e feridas).

## MÓDULO III – ANEXOS

### ANEXO 1

#### GUIAS TISS UTILIZADAS PARA SOLICITAÇÃO E COBRANÇA DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS

##### 3.1. Guias para registro e cobrança dos atendimentos médico-hospitalares:

As guias, listadas a seguir, apresentam a logomarca própria dos Fundos (CAMPREV), o que permitirá o download de modelo e utilização/impressão direta pelo site do CAMPREV (<https://camprev.campinas.sp.gov.br>> Na aba Serviços> Impressos Fas e Fasc) ou solicitado pelo e-mail da Central de Guias (equipedegerenciamentofas@gmail.com).

1. Guia de Consulta;
2. Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT);
3. Guia de Solicitação de Internação;
4. Guia de Resumo de Internação;
5. Guia de Honorário Individual;
6. Guia de Outras Despesas.

## ANEXO 2

### ITENS DE SERVIÇOS HOSPITALARES ACORDADOS DIÁRIAS POR LOCAL DE ACOMODAÇÃO, TAXAS, GASES MEDICINAIS E PACOTES

#### 3.2 ITEM DE SERVIÇO - DIÁRIAS

Local de acomodação	Cobrança por	Valor em R\$
Enfermaria	Diária	
UTI geral	Diária	
UTI neonatal	Diária	
UTI pediátrica	Diária	

NOTA:

O isolamento de pacientes em ambiente próprio permite o acréscimo de 30% (trinta) do valor da diária nos locais de acomodação cobertos pelos Fundos (enfermaria ou UTI). O percentual está sujeito à existência de local próprio para isolamento de pacientes, conforme regras Anvisa, comprovado por vistoria *in loco*.

## 1 – ENFERMARIA:

### Itens INCLUSOS na Diária de Enfermaria

- a) Cama para paciente/ troca de roupa;
- b) Roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente;
- c) Dieta para paciente;
- d) Higienização do ambiente utilizado;
- e) Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem (medidas antropométricas, administração de medicamentos por qualquer via, enemas, irrigações, lavagens, controle de diurese, medida de débitos – fistulas, sondas, ostomias, aspiração orotraqueal/nasotraqueal, controle de sinais vitais, higienização do paciente, mudança de decúbito, trocas de roupas, fraldas, realização/troca de curativos, sondagens, instalação e manutenção de venoclise, preparo do paciente para exames e, ou, procedimentos cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, transporte do paciente dentro do ambiente hospitalar, preparo do corpo em caso de óbito, entre outros característicos da atividade);
- f) Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;
- g) Equipamentos e materiais médico-hospitalares de uso permanente e obrigatório, incluindo o transporte dos mesmos (Raios X portátil, ECG, berço e equivalentes);
- h) Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, Kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;
- i) Materiais para esterilização, higienização, assepsia e antisepsia em geral (álcool, álcool gel para eletrodo, éter, iodopovidona-PVPI, tópico/degermante, clorexidina tópica/degermante, detergente enzimático, glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio, e outros do gênero); esparadrapo, micropore, *stop blood*, *bulldog*, compressa, fralda (somente com autorização);
- j) Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar: **i)** descartáveis como anuscópio, aparelho para tricotomia, espátula de madeira, ácido acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, eletrodo para ECG, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço, marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico, etc.; **ii)** materiais para exames de laboratório tais como: seringas, agulhas, tubo de Vacutainer, diluente para coleta de sangue, coletores de urina e fezes, e outros inclusos na remuneração dos exames.
- k) Ponto de oxigênio e vácuo;
- l) Ar condicionado (climatização);
- m) Frigobar;
- n) Aparelho de telefone (não coberto ligações interurbanas e urbanas);
- o) Aparelho de televisão;
- p) Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).

**Itens NÃO INCLUSOS em diária de enfermaria (cabe pagamento separadamente)**

- a) Honorários médicos;
- b) Parecer de especialista (quando justificado no prontuário do paciente e de acordo com as regras estabelecidas neste documento);
- c) Exames inerentes à patologia e/ou a causa que originou a internação do paciente (SADT);
- d) Dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação);
- e) Hemoderivados;
- f) Próteses cirúrgicas cobertas pelo Plano.
- g) Medicamentos necessários à assistência ao paciente;
- h) Gases medicinais;
- i) Alimentos ou especiarias (bebidas, refrigerantes, iogurtes, doces, chocolates, etc. que, quando consumidos, deverão ser pagos pelos familiares ou responsáveis pelo paciente).

**II – UTI:**

**Itens INCLUSOS na diária de UTI:**

- a) Monitor cardíaco/pressão não invasiva - PNI;
- b) Bombas de infusão;
- c) Aspirador portátil e a vácuo/irrigador;
- d) Oxímetro;
- e) Respirador;
- f) Desfibrilador/cardioversor;
- g) Indumentárias dos profissionais e pacientes;
- h) Material de higiene e assepsia do paciente;
- i) Colchão caixa de ovo, d'água, térmico;
- j) Dieta do paciente, exceto dietas industrializadas;
- k) Eletrodos;
- l) Incubadora;
- m) Berço aquecido;
- n) Fototerapia;
- o) Serviços de enfermagem;
- p) Capnógrafo;
- q) Kit de CPAP nasal e umidificador aquecido;
- r) Capacete de Hood.



- s) Intubação;
- t) Punção venosa profunda;
- u) Monitorização cardíaca;
- v) Cardioversão;
- w) Prescrição, evolução e atendimento de intercorrências;
- x) Avaliação admissional na UTI;
- y) Reanimação cardiopulmonar.

**Itens NÃO INCLUSOS na diária da UTI:**

- a) Honorários médicos: intensivista, diarista quando comprovadamente houver e parecer de especialista (quando justificado e de acordo com as regras estabelecidas);
- b) Medicamentos relacionados à patologia do paciente e aos procedimentos realizados;
- c) SADT;
- d) Gases medicinais;
- e) Hemoderivados;
- f) Diálise
- g) Dietas industrializadas enteral/parenteral (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação).

## 1. ITEM DE SERVIÇO TAXAS

### A. TAXA DE SALA EM CENTRO CIRÚRGICO

Discriminação das taxas	Cobrança por	Valor R\$
Porte 0 (Cirurgia Pequena)	Uso	
Porte 1 (Cirurgia Pequena)	Uso	
Porte 2 (Cirurgia Média)	Uso	
Porte 3 (Cirurgia Média)	Uso	
Porte 4 (Cirurgia Grande)	Uso	
Porte 5 (Cirurgia Grande)	Uso	
Porte 6 (Cirurgia Grande)	Uso	
Porte 7 (Cirurgia Especial)	Uso	
Porte 8 (Cirurgia Especial)	Uso	
Sala de recuperação pós-anestesia geral/ bloqueio ou plexo /raqui /peridural	Uso	

**Itens INCLUSOS nas Taxas de Centro Cirúrgico e de Recuperação:**

- a) Instrumentais cirúrgicos e estéreis permanentes;
- b) Rouparia permanente e descartável de enfermagem e dos médicos do tipo avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, campo impermeável, campo fenestrado, máscara facial cirúrgica, gorro, propés, etc.;
- c) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento realizado;
- d) Preparo integral do paciente (lavagens digestivas, sondagem, tricotomia, etc.);
- e) Luvas de proteção individual;
- f) Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- g) Equipamentos/instrumental em geral: Focos, instrumental/equipamentos para anestesia, equipamentos/instrumentais para ventilação manual, instrumental básico para procedimentos cirúrgicos, carrinho de anestesia, monitor cardíaco e de PNI, oxímetro, capnógrafo, bomba de infusão, bomba de circulação extracorpórea, ventilador/respirador mecânico, cal sodada, circuito respiratório, desfibrilador/cardioversor, aspirador portátil/vácuo, aparelho nebulizador, bisturi elétrico, caneta para bisturi elétrico, lixa eletro cirúrgica permanente ou descartável, marcador cirúrgico, eletrodos, etc.
- h) Ar condicionado central ou interno;
- i) Mesas cirúrgicas;
- j) Antissépticos (álcool, povidine tópico e degermante, álcool iodado, éter, água oxigenada, etc.);
- k) Escova para assepsia;
- l) Aspirador/irrigador;
- m) Manta térmica (fora somente se negociado);
- n) Colchão térmico (fora somente se negociado);
- o) Respirador de volume e/ou pressão;
- p) Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos e/ou descartáveis.

**Itens NÃO INCLUSOS em Taxa de Sala Cirúrgica**

- a) Honorários médicos;
- b) Gases anestésicos, oxigênio, protóxido de azoto, ar comprimido, óxido nítrico, etc.;
- c) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- d) Materiais especiais descartáveis;
- e) Medicamentos conforme necessidade do paciente e prescrição médica;
- f) Próteses e materiais especiais;
- g) Hemoderivados.

**Itens NÃO INCLUSOS em Taxa de Sala de Recuperação**

- a) Gases anestésicos, oxigênio, protóxido, ar comprimido, óxido nítrico, etc.;
- b) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- c) Materiais descartáveis conforme necessidade e prescrição;
- d) Medicamentos conforme necessidade do paciente e prescrição médica;
- e) Hemoderivados.

**B. TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO**

<b>Tipo de Sala</b>	<b>Cobrança por</b>	<b>Valor R\$</b>
Taxa de sala de pequenas cirurgias/cirurgias ambulatoriais	Uso	
Taxa de sala de observação em Pronto Socorro (permanência até 06h)	Uso	
Taxa de sala de endoscopia alta ou baixa	Uso	
Taxa de sala de hemodinâmica (instalações e equipamentos)	Uso	
Taxa de sala de gesso (específica para colocação de aparelho gessado e inclui os equipamentos permanentes ou não)	Uso	

**Itens INCLUSOS nas Taxas de:**

**1. Procedimento Ambulatorial**

- a) Instrumentais cirúrgicos e estéreis permanentes;
- b) Rouparias de sala, de enfermagem e dos médicos;
- c) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento realizado;
- d) Preparo integral do paciente (lavagens digestivas, sondagem, tricotomia, etc);
- e) Luvas de proteção individual;
- f) Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- g) Focos;
- h) Ar condicionado central ou interno;
- i) Mesas cirúrgicas;
- j) Oxímetro;
- k) Bisturi elétrico;
- l) Desfibrilador/Cardioversor;
- m) Equipamentos/ instrumentais para ventilação manual;
- n) Monitor cardíaco;
- o) Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos e/ou descartáveis.

**2. Sala de Observação Clínica / Repouso (permanência até 06h)**

- a) Box;
- b) Cama com rouparia;
- c) Serviços de enfermagem tais como: aplicação de injeções, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicemia, curativos, assepsia e higiene, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, entre outros;
- d) Materiais/equipamentos permanentes (suporte para soro, escada etc.);
- e) Monitor;
- f) Oxímetro;
- g) Vigilância médica da urgência/emergência, com reavaliação em prontuário.
- h) Todos os EPI.

### C. TAXA DE USO DE EQUIPAMENTOS

Tipo de equipamento para os quais cabe pagamento de taxa	Cobrança por	Valor R\$
1. Taxa de uso de bomba de infusão fora da UTI e CC (exclusivamente nas situações em que há indicação de uso com justificativa consubstanciada, e a depender da medicação usada)	Uso	
2. Taxa de uso intensificador de imagem (para cirurgias de portes 5 a 8)*		
3. Taxa de uso de BIPAP bi nível, gerador de fluxo de pressão de inalação-IPAP e de pressão de exalação-EPAP (fora do CC e da UTI)	Uso	
4. Taxa de uso de bisturi eletrônico microprocessado ou de alta frequência	Uso	
5. Taxa de uso de equipamento de fototerapia	Uso	
6. Taxa de uso de CPAP de pressão fixa (fora do CC e da UTI, sob supervisão)	Diária	
7. Taxa de uso capnógrafo (fora da UTI e CC, com indicação consubstanciada, registro de uso e monitoramento do paciente)	Uso	
8. Taxa de uso colchão d'água/ar/caixa de ovo (somente em UTI e por indicação/necessidade comprovada)	Uso	
9. Taxa de uso de craniótomo. Não cabe cobrança simultânea com o trépano elétrico/drill/perfurador (acesso para o primeiro)	Uso	
10. Taxa de uso de manta térmica**	Uso	
11. Taxa de uso desfibrilador (fora da UTI e centro cirúrgico)	Uso	
12. Taxa de uso intensificador de imagem/arco cirúrgico (para cirurgias de portes 5 a 8)	Uso	
13. Taxa de uso marcapasso externo temporário (não incluso eletrodo de marcapasso)	Uso	
14. Taxa de uso microscópio cirúrgico	Uso	
15. Taxa de uso de monitor de pressão intracraniana (MPIC) - camino	Uso	
16. Taxa de uso monitor cardíaco (fora da UTI e centro cirúrgico, sob monitoramento)	Uso	
17. Taxa de uso monitor débito cardíaco contínuo (fora da UTI e centro cirúrgico, sob monitoramento)	Uso	
18. Taxa de monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)***		

19. Taxa de uso de perfurador/trépano/ <i>drill</i> , elétrico. Não cabe cobrança simultânea com o craniótomo (acesso para este).	Uso	
20. Taxa de uso respirador de volume (fora de centro cirúrgico/fora da UTI). O pagamento está condicionado à indicação substanciada, registro de uso e monitoramento do paciente.	Uso	
21. Taxa de uso serra elétrica para cirurgia	Uso	
22. Taxa de uso tração esquelética	Uso	
23. Taxa de uso de vídeo cirurgia para ARTROSCOPIA. Estão inclusos a taxa de uso do equipamento, materiais descartáveis/especiais (camisa para artroscópio, campo estéril e equipo de 4 vias para artroscópio e dreno de sucção). Exclui a Lâmina de Shaver.	Uso	
24. Taxa de uso do aparelho videoendoscópio para NEUROCIRURGIA (diagnóstico/cirúrgico)	Uso	
25. Taxa de uso do aparelho de videoendoscópio DIGESTIVO diagnóstico e cirúrgico	Uso	
26. Taxa de uso do aparelho para vídeo histeroscopia DIAGNÓSTICA	Uso	
27. Taxa de uso do aparelho para vídeohisteroscopia CIRÚRGICA. Inclui a taxa de aparelho e do bisturi de alta frequência.	Uso	
28. Taxa de uso do aparelho do videolaparoscopia DIAGNÓSTICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso	
29. Taxa de uso do aparelho do videolaparoscopia CIRÚRGICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso	
30. Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia respiratória (DIAGNÓSTICO/CIRÚRGICO)	Uso	
31 Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia cirúrgica em OTORRINO	Uso	
32. Taxa de uso de aparelho de videoendoscopia cirúrgica UROLÓGICA.	Uso	

**\*Intensificador de imagem/arco cirúrgico:**

1. Respeitadas as indicações, em geral está fundamentalmente associada aos procedimentos de radiologia intervencionista e angiorradiologia e às cirurgias de porte cinco a mais, servindo como exemplo as inserção de cateter (para dirigir a passagem de um cateter durante um procedimento de angioplastia ou angiografia), as inserção de dispositivos cardíacos (marcapassos, desfibriladores

implantáveis, ressincronizadores), nas angiografias para visualizar/estudar o fluxo sanguíneo para determinados órgãos, em certas cirurgias ortopédicas (visualizar fraturas e seu tratamento durante procedimentos cirúrgicos).

**\*\*Manta térmica:**

1. Será autorizada, por uso durante todo o período da internação, somente para casos que atendam aos seguintes critérios de indicação:

- a) Pacientes acima de 60 anos de idade que realizaram cirurgias de porte **6 ou 7**;
- b) No pré e pós-operatório de neonatos;
- c) Nos pacientes com diagnóstico comprovado de politraumatizados;
- d) Nos grandes queimados (critérios de classificação aplicados);
- e) Em UTI, para pacientes com hipotermia e com baixo débito, com disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas), à exceção de falência orgânica, quadros de sepse.

**\*\*Monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)\*\***

1. Não cabe o uso para neonatos, tendo em vista que a recepção do recém-nascido em sala de parto é realizada no berço de calor radiante. Na UTI Neonatal em incubadora ou também em berço de calor radiante.

2. Será autorizada somente para pacientes que atendam aos seguintes critérios:

- a) Procedimentos cirúrgicos de longa duração, acima de 4 horas (diminuição dos gastos dos agentes anestésicos).
- b) Em anestesia geral para parto cesáreo (risco de superficialização da anestesia geral acarretando consciência intraoperatória).



- c) Suspeita de vazamento do aparelho de anestesia e inadequação do plano anestésico (risco de consciência intraoperatória).
- d) Paciente acima de 70 anos ou com instabilidade hemodinâmica (risco de aprofundamento acentuado de plano anestésico acarretando hipoperfusão cerebral. Quadro observado através do aumento da taxa de supressão no BIS.
- e) Cirurgia de obesidade mórbida (melhor titulação do agente hipnótico e prevenção de memória intraoperatória).

### 3. ITEM DE SERVIÇO GASES MEDICINAIS

DESCRIÇÃO	Cobrança por	Valor R\$
Oxigênio (independente da via de administração)	Hora	
Oxigênio p/hora de 72 até 96 horas	Hora	
Oxigênio p/hora a partir de 96 horas	Hora	
Ar comprimido	Hora	
Gás carbônico	Hora	
Protóxido de azoto	Hora	

### 4. ITEM DE SERVIÇO FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

DESCRIÇÃO	Cobrança por	Valor (R\$)
Fisioterapia Motora em paciente internado (prévia solicitação por indicação do médico assistente e consubstanciada tecnicamente)*	Sessão	
Fisioterapia Respiratória em paciente internado (prévia solicitação por indicação do médico assistente e consubstanciada tecnicamente)*	Sessão	
Fonoaudiologia em paciente internado (prévia solicitação por indicação do médico assistente e consubstanciada tecnicamente)*	Sessão	

**\*Verificar regras específicas no manual**

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

- Deverão ser internados somente os pacientes com quadro mórbido que se enquadra nas especialidades contratadas, inclusive aqueles cuja possível necessidade de retaguarda de atendimento o prestador tenha condições de atender. Caso contrário, o paciente deverá ser encaminhado para hospital adequado ao atendimento de suas necessidades, evitando transferências de pacientes no curso do tratamento, inclusive o risco de agravamento de seu quadro e/ou retardo de cura.
- A CONTRATANTE não se responsabilizará por despesas extraordinárias que advirem fora das especificações deste Anexo.