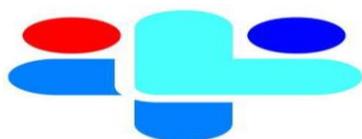


IASB
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

LISTA REFERENCIAL

BELÉM / PARÁ



SUMÁRIO

DISPOSIÇÕES GERAIS.....	4
1. APRESENTAÇÃO:	4
2. AUDITORIA:	5
3. PRONTUÁRIO:	5
4. PROCESSO DE COBRANÇA DE CONTAS MÉDICAS:	7
5. GLOSAS E RECURSO DE GLOSA:	8
6. TIPOS DE PLANOS:	9
7. ATENDIMENTO AO USUÁRIO:	9
7.1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL	10
7.1.1. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	10
7.1.2. ELETIVOS – Procedimentos e exames;.....	11
7.1.3. TRATAMENTOS SEQUENCIAIS.....	11
7.1.4 – CONSULTAS MÉDICAS:	12
7.1.5. PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA AUDITORIA:	12
7.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	13
7.2.1. PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA AUDITORIA:	14
7.2.2. INTERNAÇÃO CIRÚRGICA:	15
7.2.3. PROCEDIMENTOS GERENCIADOS (PACOTES):	15
8. SH – SERVIÇOS HOSPITALARES:	16
8.1- DIÁRIAS:.....	16
8.2- TAXAS:.....	19
8.2.1. TAXAS DE INSTALAÇÕES:.....	19
8.2.2. TAXAS DE EQUIPAMENTOS:	24
8.2.3. TAXAS DE SERVIÇOS:	27
9. SP – SERVIÇOS PROFISSIONAIS (honorários médicos e anestesiologia):	28
9.1. HONORÁRIOS MÉDICOS:	29
9.2. HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGIA:	29
10. SADT – SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPÊUTICA:	30
10.1. ENDOSCOPIA:.....	31
11. MATERIAIS E MEDICAMENTOS:	32
12. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS:	34
13. CURATIVOS:	35
14. GASOTERAPIA:	35
15. HEMOTERAPIA:	36
16. REMOÇÃO:	37
GRUPO ESPECIAL.....	40
ANEXO A-1 PREÇOS DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES	41
ANEXO A-2 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	44
ANEXO A-3 HEMODIÁLISE	47
ANEXO A-4 ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA/COLONOSCOPIA/COLPOSCOPIA/MANOMETRIA.....	48
GRUPO MATERNO INFANTIL	49
ANEXO B-1 PREÇOS DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES.....	50
ANEXO B-2 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	53
ANEXO B-3 CIRURGIAS PEDIÁTRICAS	54
1ª CATEGORIA	56
ANEXO C-1 PREÇOS DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES.....	57
ANEXO C-2 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	60
2ª CATEGORIA	63

ANEXO D-1 PREÇOS DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES	64
ANEXO D-2 PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	67
ANEXOS DIVERSOS	70
ANEXO E-1 CIRURGIA CARDIACA/HEMODINÂMICA	71
ANEXO E-2 OFTALMOLOGIA	71
ANEXO E-3 EXAMES DE DIANÓSTICO POR IMAGEM	74
ANEXO E-4 ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA/COLONOSCOPIA/COLPOSCOPIA/MANOMETRIA.....	76
ANEXO E-5 HEMODIÁLISE	77
ANEXO E-6 PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS.....	78
ANEXO E-7 PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS	80
ANEXO E-8 SERVIÇOS DE ANESTESISTAS	82
ANEXO E-9 TRATAMENTO SEQUENCIAL	83
ANEXO E-10 REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA.....	84
ANEXO E-11 EXAMES LABORATORIAIS	85
ANEXO E-12 EXAMES LABORATORIAIS- INTERNADOS.....	107
ANEXO E-13 ODONTOLOGIA.....	111
ANEXO E-14 MATERIAIS DESCARTÁVEIS E ANTISSEPTICO	118
ANEXO E-15 OPME.....	122
ANEXO E-16 PROGRAM DO IDOSO.....	147

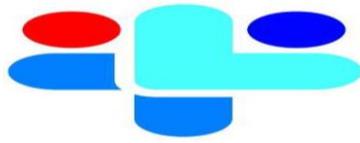
DISPOSIÇÕES GERAIS

1. APRESENTAÇÃO:

O presente manual cumpre o objetivo de padronizar as normas de auditoria, cobrança, pagamento dos serviços prestados, glosas, recurso de glosas e demais procedimentos técnico-administrativos, subsidiando os prestadores com todas as informações necessárias aos seus processos de trabalho.

Neste manual encontram-se informações úteis para viabilizar o correto atendimento aos nossos beneficiários, portanto, consulte-o sempre que for necessário como permanente instrumento de orientação, uma vez que a inobservância dessas normas pode ensejar a aplicação de glosas. Caso necessite de informações adicionais, acione nossa equipe de auditores ou entre em contato com IASB.

Este Manual e a Lista Referencial, em anexo, são partes integrantes do contrato de prestação de serviços firmado entre IASB e o estabelecimento de saúde e, conforme necessidades, periodicamente poderão ser emitidos outros anexos de caráter substitutivo, complementar ou atualizador que passarão a integrar este manual.



2. AUDITORIA:

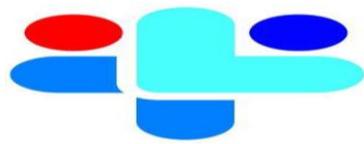
AUDITORIA é a atividade especializada no exame de adequação, eficiência, eficácia e controle da organização, bem como verificação do desempenho em relação aos planos, metas e objetivos organizacionais (Instituto de Auditores do Brasil). A *Auditoria em Saúde* é a análise dos atos e procedimentos executados por profissionais da saúde, aferindo a exata execução e conferindo os devidos valores, garantindo a justa e correta liquidação dos mesmos, tendo como referência normas legais, regulamentos técnicos, contratos estabelecidos, manuais de boas práticas em saúde e protocolos clínicos. A *Auditoria Médica e de Enfermagem* refere-se à verificação *in locu* da qualidade da assistência prestada, a plausibilidade técnica e econômica da assistência prestada, assim como a análise das cobranças realizadas ao IASB.

AUDITORIA “IN LOCU” é o acompanhamento de eventos para verificar a adequação e qualidade do atendimento prestado ao usuário. É realizada nas dependências e instalações físicas do credenciado por equipe multiprofissional da Auditoria do IASB, podendo ser através da revisão dos registros de prontuário do usuário, visita técnica aos usuários internados, acompanhamento dos procedimentos executados e serviços oferecidos, conferência pós-operatória de OPME, entre outras técnicas de auditoria. O credenciado deve garantir aos profissionais auditores o acesso às suas dependências, a visita técnica aos usuários, o acompanhamento dos serviços e a análise de prontuários e outros documentos que se fizerem necessário.

3. PRONTUÁRIO:

É o conjunto de documentos padronizados e ordenados, constituído de informações, sinais e imagens gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do cliente e a assistência a ele prestada no serviço de saúde privado e público. Todos os profissionais de saúde têm o dever de elaborar prontuário para cada usuário a que assistem, conforme previsto nos seus respectivos códigos de ética profissional. As informações nele contidas devem ser claras e fidedignas, pois respaldam a aplicação de glosas e outras condutas do Serviço de Auditoria, além de ser instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa e prova documental.

Para a análise da Auditoria, o prontuário deverá estar completo com todas as folhas devidamente preenchidas de forma legível, com identificação do profissional responsável pelo



registro, com nome completo e número de registro no conselho regional profissional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

a) FICHA DE ATENDIMENTO E PRONTUÁRIO:

- Data e horário de atendimento;
- Motivo da consulta ou queixa principal;
- Hipótese diagnóstica e/ou impressão diagnóstica;
- Anamnese e evolução do paciente;
- Solicitação e laudos de exames;
- Cuidados realizados pela equipe multiprofissional;
- Conduta da equipe multiprofissional;
- Prescrições checadas com identificação do horário do procedimento e profissional executante;

b) BOLETIM/RELATÓRIO CIRÚRGICO:

- Diagnóstico pré e pós-operatório;
- Procedimento proposto;
- Procedimento realizado;
- Data do procedimento;
- Descrição Cirúrgica;
- Início e término do procedimento;
- OPME utilizados;
- Medicamentos utilizados;
- Equipamentos utilizados;
- Folha de Gasto em Sala (Materiais e Medicamentos utilizados);
- Justificativa de Material Excedente;

c) RELATÓRIO ANESTESIOLÓGICO:

- Data do procedimento;
- Procedimento proposto;
- Técnica anestésica;
- Descrição do ato anestésico;
- Início e término do procedimento;
- Soroterapia; Gasoterapia; Hemoterapia;

- Medicamentos administrados e materiais utilizados;
- Horário de início e término de utilização dos equipamentos;
- Monitorização dos sinais vitais;

d) **EVOLUÇÃO CLÍNICA E PRESCRIÇÃO DIÁRIA:**

O registro da evolução clínica do usuário deve ser diário e cronologicamente posterior à sucessão dos fatos, em grafia legível e com identificação do usuário e do profissional (nome completo e número do registro em conselho de classe).

4. PROCESSO DE COBRANÇA DE CONTAS MÉDICAS:

a) O prestador credenciado que efetivamente prestar serviços de assistência à saúde dos usuários regularmente cadastrados no PABSS/IASB poderá realizar as cobranças através da apresentação dos seguintes documentos, sem rasuras ou emendas:

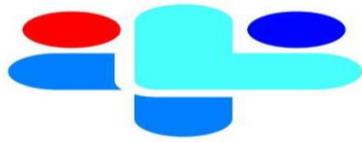
- Conta do usuário, sem papel carbonado, discriminando os itens a ser remunerado, com descrição, codificação, valor unitário e valor total;
- Capa de lote, gerada após envio do arquivo .XML – 02 vias;
- Relação nominal em ordem alfabética, tipo de atendimento e valor – 02 vias;
- Recibo no valor total do processo – 03 vias;
- Guia e Guia-Ofício original das autorizações;
- Cópia de fichas e formulários que comprovem a utilização de materiais, medicamentos e gases;
- Cópia de Relatório Cirúrgico, Boletim Anestésico e Folha de Gasto em Sala Cirúrgica;
- Cópia da solicitação de exames e procedimentos que necessitam de autorização prévia da Auditoria;

b) Os processos de cobrança de contas médicas devem ser protocolados até o décimo dia de cada mês, após o envio das contas, via sistema em formato .XML, em ordem alfabética;

c) O prazo máximo para iniciar o processo de cobrança de guias junto ao protocolo do IASB é de 90 dias a partir da execução do serviço ou da última sessão de um tratamento sequencial;

d) Admite-se que a Conta do Usuário seja desmembrada em parciais quando a internação hospitalar ultrapassar o limite de 30 dias ou decorra de um mês para o outro;

e) Não se admite contas parciais para os serviços ambulatoriais sequenciais prestados em um intervalo de dois ou mais meses e o prestador deve apresentar cobrança após finalizar o tratamento sequencial;



- f) As contas de usuários internados devem ser disponibilizadas juntamente com os prontuários completo e sem pendências para a análise da auditoria médica e de enfermagem e só deverão ser protocoladas para conferência e pagamento de valores após submissão à análise dos respectivos auditores;
- g) Em internações para realização de Parto Normal é obrigatória a anexação do Partograma.
- h) O IASB não autoriza o prestador credenciado a cobrar diretamente os seus beneficiários quaisquer valores adicionais ou complementares pela execução de serviços, tratamentos e procedimentos cobertos pelo PABSS;

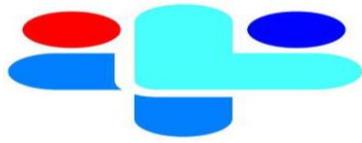
5. GLOSAS E RECURSO DE GLOSA:

GLOSA: É a impugnação total ou parcial de um pagamento ao credenciado devido à inexatidão e/ou contradição de informações fornecidas, falta de documentação exigida, incorreção dos valores cobrados ou pela inobservância de normas deste manual ou das regras gerais de auditoria. É o valor não pago por um produto ou serviço que não coincide com os acordos firmados entre o IASB e o prestador credenciado. Os motivos que levam o profissional auditor a aplicar uma glosa são codificados conforme o Padrão TISS da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Orienta-se alguns cuidados para evitar glosas desnecessárias:

- a) Atentar para a correta identificação do beneficiário e validade do cartão;
- b) Preencher todos os campos de formulários e guias de forma legível e sem rasuras;
- c) Sempre solicitar a autorização prévia para os procedimentos que dela necessitam;
- d) Em internações, atentar para o prazo autorizado, solicitando prorrogação, quando necessário;
- e) Atentar para os limites de cotas;
- f) As guias devem ser assinadas e datadas pelo usuário, salvo se este for menor de idade ou se seu estado de saúde atual o impeça. Neste caso, admite-se o preenchimento pelo responsável, informando o grau de parentesco;
- g) Anexar às contas e faturas todas as guias e ofícios originais;

RECURSO DE GLOSA: É a manifestação facultativa e tempestiva do prestador credenciado inconformado com os motivos de glosa expostos pelo auditor. A contra argumentação deve conter fundamentação técnica e/ou administrativa clara e consistente que justifique sua



análise e deferimento. Para a solicitação de Recurso de Glosa é imprescindível atentar para as seguintes considerações:

- a) Solicitar Recurso de Glosas somente após o pagamento do processo de origem;
- b) O prazo para a solicitação é de sessenta dias a contar do pagamento do processo de origem;
- c) Apresentar o motivo da glosa e anexar documentação comprobatória (cópia do prontuário);
- d) Preencher todos os campos da Guia de Recurso de Glosas de forma legível e sem rasuras;
- e) Recursos de glosa questionando valores de materiais, medicamentos e OPME devem ter como anexo a Nota Fiscal do Produto;
- f) A conduta do auditor na análise do recurso de glosa tem caráter irrecorrível;

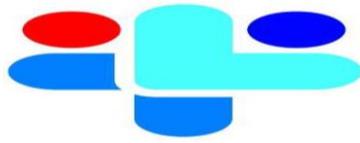
6. TIPOS DE PLANOS:

O Plano de Assistência Básica à Saúde e Social (PABSS) oferecido aos servidores municipais de Belém é dividido em duas modalidades: a básica e a complementar. Na primeira, a assistência médico-hospitalar e odontológica, em regime ambulatorial e hospitalar, é coberta com recursos do IASB. Já a segunda é realizada com a devida contrapartida do usuário que deverá custear ou financiar o tratamento médico proposto.

No plano básico, o IASB oferece aos seus beneficiários cotas anuais para procedimentos e exames previstos na Resolução CONDEL/IASB n. 08/2012. Caso o usuário necessite de novo exame/procedimento ou estiverem esgotadas as referidas cotas, deverá submeter-se à modalidade complementar do plano e financiar tal procedimento e/ou exame, que só poderão ser executados mediante solicitação do profissional assistente, parecer favorável da auditoria prévia e autorização do IASB por Guia-Ofício.

7. ATENDIMENTO AO USUÁRIO:

- a) Em todos os atendimentos realizados pelo credenciado deverá ser **OBRIGATORIAMENTE** exigido do usuário a apresentação de um documento oficial com foto juntamente com a carteira do convênio válida;
- b) Se o usuário for incapaz, deverá ser exigida também a identificação de seu acompanhante ou responsável;
- c) Para os casos de atendimento de urgência e emergência, quando o segurado não estiver portando o cartão de identificação e o documento oficial com foto, o credenciado deverá entrar em contato com o IASB para confirmação do cadastro;



d) Esclareça sempre aos usuários as alternativas de tratamento cobertos e não cobertos e os riscos inerentes à assistência de forma clara e solicite a assinatura deles confirmando a realização dessas orientações;

7.1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

7.1.1. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

a) Os atendimentos em Urgência e Emergência não estão sujeitos à autorização prévia da Auditoria do IASB, porém para a cobrança dos custos da assistência em Pronto-Atendimento é necessário a Guia SP/SADT de Consulta em Pronto-Socorro, observando o que preconiza na Lei 12.653/2012;

b) Em casos que se requer o atendimento médico imediato e/ou com risco iminente de morte, a assistência poderá ser prestada e, posteriormente, ser emitida a Guia de que menciona o item a. As instituições de saúde, credenciadas ou não, têm a responsabilidade de garantir o atendimento imediato aos beneficiários nessas situações;

c) As Guias de Internação Hospitalar (GIH) deverão ser solicitadas em até 24 horas após a internação gerada a partir de um atendimento de urgência;

d) A assistência prestada deverá ser registrada em ficha de atendimento ou outro documento similar contendo os dados mencionados na Seção 3 – PRONTUÁRIO, item a;

e) Os procedimentos cirúrgicos realizados em Pronto-Atendimento deverão ser acompanhados em regime ambulatorial, quando necessário o retorno;

f) Somente as taxas previstas neste manual poderão ser cobradas, obedecendo aos valores estabelecidos, sem superposição de taxas ou acréscimos de qualquer natureza;

g) Todas as prescrições dos profissionais, solicitações de exames laboratoriais e procedimentos de alto custo devem seguir os padrões de assistência de urgência e constar de laudo, resultados e conduta pós-exames;

h) Para o pagamento de taxas de curativos, estes deverão guardar relação com a queixa principal;

i) Se um atendimento de urgência gerar internação hospitalar, as cobranças devem ser apresentadas distintamente;

j) Os procedimentos serão realizados no período de 22 horas às 06 horas ou em qualquer horário dos sábados, domingos e feriados, devido ao estado clínico do usuário. Quando o horário da prestação do serviço contemplar o acréscimo, mas for programado por comodidade

do profissional ou do serviço ou se tratar de consultas médicas e cirurgias ambulatoriais eletivas ou SADT, não se aplica a cobrança majorada;

k) atendimentos odontológicos de urgência são aqueles que se destinam a melhorar ou controlar situações de agravo à saúde, com origem na cavidade oral, que, por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento imediato. Tal situação não configura, entretanto, risco iminente de vida;

7.1.2. ELETIVOS – Procedimentos e exames;

a) São autorizados mediante Guia de Atendimento Ambulatorial (GAA) e serão válidos somente os procedimentos e exames que nela constar;

b) Procedimentos ambulatoriais eletivos não preveem cobranças de taxas de qualquer natureza, salvo os casos de procedimentos endoscópicos;

c) Nos atendimentos ambulatoriais traumatológicos, nos valores da consulta estão inclusos os dos procedimentos, exceto quando for realizada a imobilização para entorses, tenossinovites e distensões musculares;

d) Todas as solicitações de procedimentos e exames devem ser codificados pela Lista Referencial;

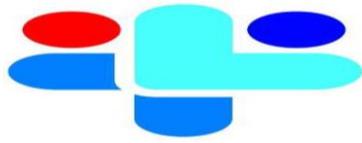
7.1.3. TRATAMENTOS SEQUENCIAIS

São considerados como tratamento sequencial e devem ser realizados por sessão:

- Acupuntura;
- Fisioterapia
- Fonoterapia;
- Terapia Ocupacional;
- RPG;
- Terapia Renal Substitutiva;
- Quimioterapia e Radioterapia;
- Oxigenioterapia Hiperbárica;

a) Os tratamentos sequenciais devem ser solicitados previamente ao IASB e são liberados através de Guia ou Guia-Ofício;

b) As avaliações destes profissionais são consideradas como sessões e não consulta;



- c) Serão consideradas como efetivamente realizados os tratamentos que, em formulário próprio, forem assinadas e datadas pelo usuário ao término de cada sessão;
- d) Os tratamentos que forem realizados de um mês para o outro, devem ser cobrados ao final da execução do serviço em uma única produção;
- e) A nutrição só é considerada tratamento sequencial quando administrada em ambiente hospitalar por via enteral ou parenteral;

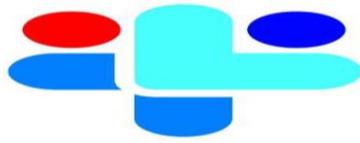
7.1.4 – CONSULTAS MÉDICAS:

CONSULTA MÉDICA: Compreende em anamnese, exame físico, elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

- a) Toda consulta tem um prazo de carência de 30 dias, assim as consultas executadas pelo mesmo profissional ao mesmo paciente e pelas mesmas causas e dentro deste período são consideradas como retorno;
- b) A segunda consulta médicas motivada por outras patologias já existentes ou não abordadas pelo médico à época da primeira consulta é considerada como retorno;
- b) A entrega e avaliação de exames complementares são consideradas retorno;
- c) Após este prazo, o credenciado poderá cobrar uma nova consulta mediante expedição de outra Guia de Consulta (GC);
- d) O credenciado deve assegurar aos nossos beneficiários o retorno em prazo razoável. Caso o credenciado não possua agenda disponível para o retorno no período previsto, não será devida a cobrança de nova consulta para retorno, ainda que expirado o prazo;
- e) Se a perda do prazo for motivada pelo beneficiário, o credenciado fará jus à cobrança de nova consulta;
- f) Não se remunera consulta pré-anestésica;
- g) O prazo de carência para as consultas odontológicas é de 180 (cento e oitenta) dias;

7.1.5. PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA AUDITORIA:

- Exames de Citogenética ou Imuno-histoquímica e Anatomopatológico;
- Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia e Ecocardiografia;
- Endoscopia, Artroscopia, Videoendoscopia e Videocolonosopia;
- Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista;
- Medicina Nuclear;

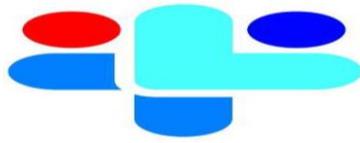


- Polissonografia, Eletroencefalografia, Eletromiografia, Potenciais Evocados, Mapeamento Cerebral, Mamografia;
- Quimioterapia, Radioterapia;
- Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise, CAPD etc.);
- Litotripsias;
- Tratamentos Sequenciais (Fisioterapia, RPG, Fonoterapia, Terapia Ocupacional, Acupuntura, Oxigenioterapia Hiperbárica);
- Remoções eletivas em ambulâncias;

7.2. INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Toda internação hospitalar é ensejada por um procedimento clínico ou cirúrgico, podendo ser de urgência ou eletiva, sempre compatível com o diagnóstico principal e gera cobranças previstas na Lista Referencial do IASB. O IASB garante a internação em enfermarias com instalações, serviços e equipamentos mínimos previstos neste Manual.

- a) O pagamento de cobranças adicionais por acomodações superiores será de inteira responsabilidade do beneficiário, quando este optar;
- b) Quando o prestador de serviço não dispuser de acomodação padrão (leito de enfermaria), o beneficiário deverá ser internado em aposento de padrão superior até que ocorra a referida vaga, sem ônus para o IASB e/ou para o usuário, inclusive de cobranças complementares de taxas e honorários;
- c) Para efeitos de cobranças de diárias e taxas específicas, não será considerado como efetiva internação o período em que o usuário permanecer em sala de urgência e emergência ou observação aguardando disponibilidade de leito de internação;
- d) Os procedimentos serão realizados no período de 22 horas às 06 horas ou em qualquer horário dos sábados, domingos e feriados, devido ao estado clínico do usuário. Quando o horário da prestação do serviço contemplar o acréscimo, mas for programado por comodidade do profissional ou do serviço ou se tratar de visitas médicas, plantão em UTI e procedimentos eletivos, não se aplica a cobrança majorada;
- e) Solicitações pós-alta não serão apreciadas pela Auditoria do IASB;
- f) Para liberação de visita especializada e tratamento sequencial é necessário:
 - Solicitação do médico assistente, compatível com quadro clínico e sintomatologia;
 - Parecer Favorável da Auditoria do IASB;



- Autorização do IASB através de Guia;
- Registro da conduta do especialista em prontuário do usuário;

g) A cota de visita especializada é:

- Para visita médica: 01 por dia;
- Para nutrólogo: 01 visita a cada 03 dias;
- Para fonoterapia: 01 por dia;
- Para fisioterapia: 02 respiratórias e 01 motora, para os usuários em enfermaria. Até 03 sessões respiratórias e 02 motoras, para os usuários em UTI, que estejam em VM (ventilação mecânica). Caso não estejam em ventilação mecânica esta quantidade dependerá de justificativa e autorização prévia do médico auditor.

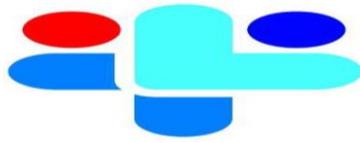
h) As sessões fisioterápicas e fonoterápicas realizadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são liberadas através de parecer favorável da Auditoria do IASB (auditoria concorrente);

i) As sessões fisioterápicas e fonoterápicas realizadas em enfermaria são liberadas através de autorização do IASB, por Guia ou Guia-Ofício, conforme limite da cota anual do usuário;

7.2.1. PROCEDIMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA AUDITORIA:

Durante internação hospitalar, os procedimentos que devem ter autorização prévia da Auditoria do IASB são:

- Mudanças, acréscimos de procedimentos e prorrogação de tempo de internação;
- Solicitação de parecer e acompanhamento de especialista;
- Utilização de Materiais e Medicamentos de Alto Custo e OPME;
- Exames de Citogenética, Imuno-histoquímica ou Anatomopatológico;
- Ultrassonografia e Ecocardiografia;
- Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética;
- Endoscopia, Artroscopia, Videoendoscopia e Videocolonosopia;
- Hemodinâmica e Radiologia Intervencionista;
- Medicina Nuclear;
- Polissonografia, Eletroencefalografia, Eletromiografia, Potenciais evocados, Mapeamento Cerebral, Mamografia;
- CPAP e BiPAP;
- Litotripsias;



- Remoção inter-hospitalar em ambulância;
- Tratamentos Sequenciais (Fisioterapia, Fonoterapia, Terapia Ocupacional, Terapias Nutricionais, Terapias Renais Substitutivas, Quimioterapia, Radioterapia, Oxigenioterapia Hiperbárica);

7.2.2. INTERNAÇÃO CIRÚRGICA:

- a) Os procedimentos de urgência devem ser regularizados em até 24 horas junto ao IASB, apresentando à Regulação do IASB a solicitação médica com a justificativa do procedimento urgente;
- b) Os procedimentos cirúrgicos eletivos e OPME que serão utilizados neste ato devem ter autorização prévia do IASB, com a devida codificação e devem ser realizados no dia da internação hospitalar, pois não se remunera diárias correspondentes aos dias anteriores à cirurgia, salvo se esta demandar preparo especial;
- c) A ficha de registro de material técnico utilizado na sala cirúrgica deve ser assinada e carimbada pelo cirurgião e seus auxiliares;

7.2.3. PROCEDIMENTOS GERENCIADOS (PACOTES):

PROCEDIMENTO GERENCIADO: É a remuneração previamente estabelecida para procedimentos cirúrgicos de alta frequência, baixa variabilidade de recursos, baixa prevalência de complicações. O pagamento através de pacotes negociados previamente contempla recursos humanos, instalações físicas, utilização de equipamentos, instrumentos e materiais, inerentes ao processo assistencial e objetiva a previsibilidade e racionalização de custos, redução de conflitos nas relações com os prestadores e agilidade no processo de cobrança e pagamento.

- a) A cobrança dos valores referentes aos procedimentos gerenciados (pacotes) deverá ser em conformidade com a Lista referencial do PABSS;
- b) Os procedimentos gerenciados (pacote) deverão ser cobrados em conta aberta quando:
 - Houver intercorrência pós-operatória grave;
 - Óbito do usuário;
- c) A internação clínica que necessitar de procedimento gerenciado deve ser encerrada, solicitada mudança de procedimento com justificativa médica e iniciada internação cirúrgica por nova GIH;

d) Para o procedimento gerenciado PARTO NORMAL, não há previsão para o uso de Imunoglobulina Anti-RhD. Havendo necessidade, esta deve ser cobrada com laudo médico justificativo e parecer favorável da Auditoria do IASB;

8. SH – SERVIÇOS HOSPITALARES:

8.1 - DIÁRIAS:

É o pagamento devido ao prestador que manteve o beneficiário acolhido em instalações próprias e disponibilizando recursos materiais e humanos específicos para a assistência à saúde por um período de vinte e quatro (24) horas.

a) Para fins de contagem de diárias, deve-se considerar a quantidade autorizada na Guia de Internação Hospitalar (GIH) e suas prorrogações;

b) O pagamento da primeira diária de internação, gerada a partir de um atendimento de urgência, é devido constar em prontuário o exato momento da ocupação do leito de enfermaria e completa-se às 12 horas do dia seguinte à admissão.

c) Se internação de urgência ocorrer antes das 18 (dezoito) horas, é devida a cobrança integral da diária. Após esse horário, remunera-se com 50% (cinquenta por cento) da diária;

d) Se ocorrer óbito do paciente após as 12h, será considerado o pagamento integral de uma diária;

e) Se a alta médica ocorrer antes do tempo máximo autorizado na GIH, desconsiderar o dia da alta médica;

f) A cobrança pela utilização de equipamentos só é cabível quando estes não forem previstos como *itens mínimos* e serão remunerados conforme as taxas previstas neste manual;

g) O uso dos aparelhos de CPAP e BiPAP não estão inclusos na composição mínima da diária padrão, sendo remunerada mediante parecer favorável da Auditoria do IASB e conforme Lista Referencial do PABSS;

h) Entende-se como Assistência Sistematizada de Enfermagem:

- Execução de todos os procedimentos previstos ou não defesos na lei do exercício profissional da enfermagem ou em resoluções do conselho de classe;

- Diagnósticos, prescrições e registros de Enfermagem;

- Procedimentos de sondagem;

- Administração de medicamentos por todas as vias;

- Aspirações de secreções e exsudatos;

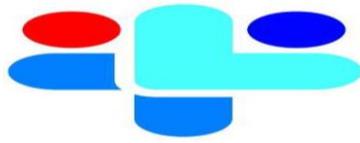
- Controle de diurese, débitos de drenos e balanço hídrico;



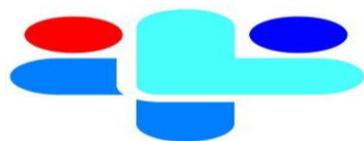
- Aferição de sinais vitais;
- Higiene pessoal do usuário;
- Realização de curativo;
- Mudança de decúbito, locomoção e transferência do usuário;
- Preparo do usuário para qualquer procedimento;
- Preparo do corpo pós-óbito;
- Preparo, instalação e manutenção de dietas, hemocomponente e quimioterápicos;
- Preparo, instalação e manutenção de acessos venosos periféricos, venóclise e aparelhos;
- Tricotomia;

i) A remuneração das diárias dar-se-á da seguinte forma:

CONCEITO	PERÍODO	ITENS MÍNIMOS:
DIÁRIA PADRÃO Acomodação em leito de alojamento coletivo para três ou mais usuários com instalações sanitárias próprias	DIA	<ul style="list-style-type: none">- Leito hospitalar próprio;- Leito hospitalar próprio, incluindo berço normal para o recém-nascido nas internações obstétricas;- Serviço de Rouparia e Hotelaria Hospitalar;- Instalações sanitárias;- Insumos para a assepsia e antissepsia dos pacientes e profissionais de desinfecção ambiental;- Dieta e complementos alimentares VO conforme prescrição médica e sob orientação do nutricionista, exceto as especiais, enterais e parenterais;- Orientações nutricionais no momento da alta hospitalar;- Oxigenioterapia e Aerosolterapia (exceto mat/med);- Sistema de Identificação (pulseiras, placas, etc.);- Cânulas de Guedel e Tubos de Silicone;- Assistência de médico plantonista em intercorrências;- Assistência Sistematizada de Enfermagem;- Equipamentos de Proteção Individuais;- Atuação das comissões e do núcleo de qualidade e segurança clínica;- Taxas de serviços administrativos;



MEIA DIÁRIA Acomodação em leito de alojamento coletivo com instalações sanitárias próprias, para cirurgia e exames onde o usuário permaneça por até 12 horas.	06 a 12 hs > 12 hs sem necessidade de pernoite	- Todos os itens descritos na Diária Padrão; - Exclui todas as taxas ambulatoriais;
TERAPIA INTENSIVA Unidade destinada à assistência intensiva à pessoa gravemente enferma, com presença médica permanente e aparato tecnológico compatível	DIA	- Todos os itens descritos na DIÁRIA PADRÃO; - Assistência de médico intensivista; - Assistência Ventilatória Invasiva e não invasiva; - Monitor hemodinâmico contínua; - Analisador de FiO ₂ e monitor de apneia; - Aspirador a vácuo; - Respirador a volume; - Respirador a pressão; - Uso de Bombas de Infusão; - Marca-passo externo temporário e Balão intra-aórtico; - Uso de Desfibrilador/Cardioversor; - Bisturi elétrico (placa, caneta e prolongador); - Berço Normal e Térmico (para UTI Pediátrica); - Incubadora (para UTI Neonatal); - Oxi-HOOD; - Dissecção de veia e acesso venoso central;
SEMI-INTENSIVO Unidade destinada à assistência intensiva à pessoa gravemente enferma, sem a presença médica permanente.	DIA	- Todos os itens descritos na TERAPIA INTENSIVA;
BERÇÁRIO PATOLÓGICO Acomodação coletiva para a assistência de recém-nascidos	DIA	- Berço Normal ou Térmico; - Incubadora;



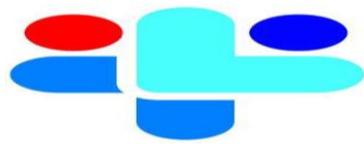
que requeiram cuidados especiais não intensivos.		
--	--	--

8.2 - TAXAS:

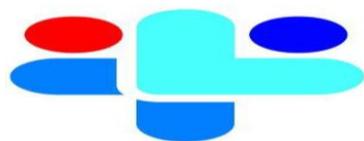
TAXAS: É a renumeração pela utilização de instalações, equipamento e serviços e só é cabível quando ocorrer em situações não previstas como itens mínimos.

8.2.1. TAXAS DE INSTALAÇÕES:

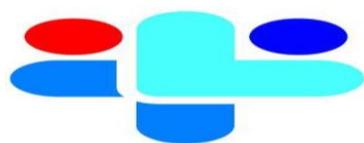
TAXA DE INSTALAÇÕES		ITENS MÍNIMOS
Taxa de Sala Cirúrgica: PORTE: 0 – cirurgia pequena 1 – cirurgia pequena 2 – cirurgia média 3 – cirurgia média 4 – cirurgia grande 5 – cirurgia grande 6 – cirurgia especial 7 – cirurgia especial O porte da Sala Cirúrgica corresponde ao Porte Anestésico do procedimento realizado. Quando realizados mais de um procedimento cirúrgico, deve ser cobrado integralmente o valor.	USO	<ul style="list-style-type: none">- Espaço físico destinado para procedimentos cirúrgicos;- Mesa operatória;- Rouparia permanente e descartável;- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;- Instrumental/equipamentos de anestesia e Instrumental básico para a cirurgia, incluindo-se aqueles que são permanentes na unidade;- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório;- Carrinho de anestesia;- Monitores, Oxímetro e Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;- Rede de gases medicinais;- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;- Desfibrilador/Cardioversor qualquer tipo ou modelo;- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo;- Gerador de marca-passo (externo e provisório);- Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi;- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;- Conjunto de nebulização (nebulizador, máscara, extensão e



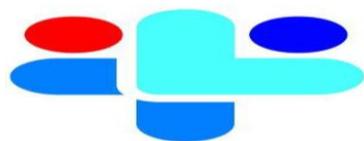
		<p>reservatório para o medicamento), descartável ou não;</p> <ul style="list-style-type: none">- Cânula de Guedel e Tubo de silicone, qualquer tipo ou modelo;- Kits-bandejas descartáveis;- Antissepsia e assepsia (ambiente, instrumental, equipe e usuário);- Assistência de Enfermagem específica no perioperatório;- Paramentação da equipe e EPI (NR06, NR09, NR32);
<p>Taxa de Sala de Recuperação Pós-Anestésica:</p> <p>Unidade de recuperação segura da anestesia e de cuidados pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas cirúrgicas.</p> <p>Usuários com POI em Unidade de Terapia Intensiva fazem Recuperação Pós Anestésica no leito de destino.</p> <p>Apenas se renumera o uso por usuários submetidos à anestesia geral ou bloqueio do neuroeixo.</p>	USO	<ul style="list-style-type: none">- Todos os itens previstos na Taxa de Sala Cirúrgica;- Assistência de médico anesthesiologista;- Leito próprio e Manta térmica;- Registro em formulário específico:<ul style="list-style-type: none">• Identificação do Anesthesiologista Assistente;• Diagnóstico pré e pós-operatório• Tipo e Técnica Anestésica;• Momento da admissão e alta na SRPA;• Recursos de monitorização hemodinâmica adotados;• Soluções, Medicamentos e Materiais utilizados;• Registros dos sinais vitais e balanço hídrico em intervalos de 15 min;• Registros da evolução do quadro de bloqueio e nível de consciência;• Intercorrência e eventos adversos e a assistência prestada;• Condições e indicações de alta da SRPA;
<p>Taxa de Sala de Centro Obstétrico:</p> <p>Taxa utilizada para todos os tipos de partos.</p>		<ul style="list-style-type: none">- Todos os itens previstos na Taxa de Sala Cirúrgica;- Leito próprio;- Mesa de Reanimação de RN;- Cuidados de Limpeza do RN;



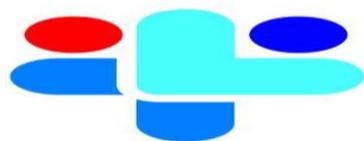
Taxa de Sala de Endoscopia e Sala de Colonoscopia: Taxa paga apenas uma vez, independente da quantidade de procedimentos realizados.	USO	<ul style="list-style-type: none">- Custos diretos e indiretos para o funcionamento da sala;- Sala Padrão;- Equipamento de monitorização contínua do usuário;- Equipamentos e materiais para reanimação (exceto descartáveis);- Equipamentos e produtos para limpeza, assepsia e antisepsia;- Mesas, focos e instrumental cirúrgico;- Uso de equipamento endoscópico específico;- Assistência Sistematizada de Enfermagem.
Taxa de Sala de Videoendoscopia e Videocolonosopia: Paga-se apenas uma taxa de uso independente da quantidade de procedimentos realizados.	USO	<ul style="list-style-type: none">- Custos diretos e indiretos para o funcionamento da sala;- Sala Padrão;- Equipamento de monitorização contínua do usuário;- Equipamentos e materiais para reanimação (exceto descartáveis);- Equipamentos e produtos para limpeza, assepsia e antisepsia;- Mesas, focos e instrumental cirúrgico;- Uso de equipamento vídeo-endoscópico específico;- Uso de equipamento de foto e filme;- Assistência Sistematizada de Enfermagem;
Taxa de Sala de Litotripsia Extracorpórea (LECO):	USO	<ul style="list-style-type: none">- Custos diretos e indiretos para o funcionamento da sala;- Sala Padrão;- Equipamento de monitorização contínua do usuário;- Equipamentos e materiais para reanimação (exceto descartáveis);- Equipamentos e produtos para limpeza, assepsia e antisepsia;- Mesas, focos e instrumental cirúrgico;- Uso de equipamento específico;- Assistência Sistematizada de Enfermagem.
Taxa de Sala de Hemodiálise	SESSÃO	<ul style="list-style-type: none">- Custos diretos e indiretos para o funcionamento da sala;



		<ul style="list-style-type: none">- Sala Padrão;- Equipamentos e materiais para reanimação (exceto descartáveis);- Equipamentos e produtos para limpeza, assepsia e antisepsia;- Uso de equipamento microprocessado de hemofiltração;- Assistência Sistematizada de Enfermagem.
<p>Taxa de Sala de Hemodinâmica</p> <p>O porte da Sala de Hemodinâmica corresponde ao valor previsto na Tabela de Diárias e Taxas acordada.</p>	USO	<ul style="list-style-type: none">- Todos os itens previstos na Taxa de Sala Cirúrgica;- Sala de comando e Sala de procedimento;- Uso de equipamento específico;
<p>Taxa de Sala de Observação e Repouso:</p> <p>O período de Observação Médica, em ambiente apropriado, Assistência Sistematizada de Enfermagem.</p> <p>- O período inferior a 3h não será remunerado;</p> <p>- Após as 12h exige-se conduta médica definitiva (internação ou alta);</p>	USO De 03 à 12 horas	<ul style="list-style-type: none">- Incluso todos os itens que compõem a Diária Padrão;- Relatório Médico justificando a necessidade da observação;- Registro do Início e Término da Observação;- Não se aplica a taxa quando houver:<ul style="list-style-type: none">• Somente a consulta médica;• Procedimentos de Enfermagem;• Diagnóstico Conclusivo e Conduta Médica definida;• Ausência de registros, reavaliações e alta;
<p>Taxa de Sala de Quimioterapia:</p>	USO	<ul style="list-style-type: none">- Custos diretos e indiretos para o funcionamento da sala;- Sala Padrão;- Equipamentos e materiais para reanimação (exceto descartáveis);



		<ul style="list-style-type: none">- Equipamentos e produtos para limpeza, assepsia e antisepsia;- Assistência Sistematizada de Enfermagem.- Uso de Bomba de Infusão;- Preparo dos quimioterápicos antineoplásicos em capela de fluxo laminar;
Taxa de Sala de Sutura e Gesso:	USO	<ul style="list-style-type: none">- Instalação e retirada do aparelho gessado e de pontos de sutura;- Pequenas Cirurgias, Suturas e Anestesia Local (PORTE 00 e 01);- Utilização das instalações permanentes e equipamentos;- Assistência de Enfermagem;- Exclui-se desta cobrança quando o atendimento for para:<ul style="list-style-type: none">• Imobilização com atadura, algodão e esparadrapo;• Imobilização com materiais descartáveis e provisórios;• Enfaixamento, Tipoia e Talas não gessadas;• Colocação de saltos em aparelhos gessados pré-instalados;
Taxa de Berçário: Taxa-Diária para a permanência do Recém-Nascido, em berço normal e térmico, em alojamento conjunto com a mãe internada;	DIA	<ul style="list-style-type: none">- Berço normal;- Sistema de Identificação da Mãe e RN;
Taxa de Isolamento: 30 % do valor da diária; Destinado a pacientes que necessitem de quarto exclusivo e quando efetivamente for oferecido;	DIA	<ul style="list-style-type: none">- Incluso todos os itens que compõem a Diária Padrão;- Acompanhamento técnico diário de comissão específica;- Necessária a avaliação do auditor hospitalar, mediante indicação técnica em laudo da C. C. I. H.
Taxa de Necrotério:	USO	<ul style="list-style-type: none">- Instalações da Sala;- Obrigatório o registro da utilização no prontuário;

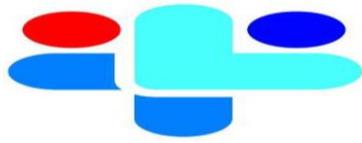


Taxa de Utilização de Pronto-Socorro	USO	<ul style="list-style-type: none">- Instalações da sala;- Destinado a pacientes que necessitem de medicação oral, IM ou IV, sem necessidade de permanência para observação e repouso;- Equipamentos para administração de medicamentos e venóclise;- Equipamentos e instrumental de ressuscitação e intubação;- Equipamentos e instrumental para ventilação manual
--------------------------------------	-----	--

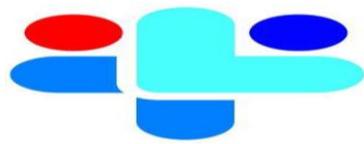
8.2.2. TAXAS DE EQUIPAMENTOS:

TAXA DE EQUIPAMENTOS	PERÍODO	ITENS MÍNIMOS
Bomba de Infusão Somente cabe a cobrança se utilizada fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. Remunera-se por dia cada bomba utilizada, conforme a solução infundida.	DIA	<ul style="list-style-type: none">- Equipamento eletrônico microprocessado, com diferentes mecanismos de propulsão, utilizado para administração e precisa de soluções parenterais, enterais e medicamentos.- Registro de enfermagem e anexação do invólucro no prontuário;
Equipamento Laparoscópico e Artroscópico	USO	<ul style="list-style-type: none">- Equipamento específico para o procedimento;- Utilização de materiais específicos: trocater, trocadores, aplicadores de clips, tesouras, pinças, liga clips;
Equipamento Vídeo-laparoscópico e Vídeo-artroscópico	USO	<ul style="list-style-type: none">- Equipamento específico para o procedimento;- Utilização de materiais específicos: trocater, trocadores, aplicadores de clips, tesouras, pinças, liga clips;
Equipamento de Litotripsia Extracorpórea	USO	<ul style="list-style-type: none">- Utilizado em todas as aplicações;- Valores da primeira e das demais aplicações constam em anexo;

Equipamento de Hemodiálise; Somente cabe a cobrança se utilizado fora de sala específica.		- Equipamento microprocessado de hemofiltração, conforme normas e requisitos específicos de segurança de hemodiálise.
Desfibrilador/Cardioversor Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva e sala de urgência/emergência.	USO	- Aparelho destinado a transmitir uma onda de energia variável e pré-programada no tórax do usuário, com a finalidade de suprimir uma arritmia. Consta de uma unidade geradora e dois eletrodos ou pás que permitem a passagem da carga através do coração. O mesmo aparelho atua como desfibrilador e cardioversor.
Equipamento de Circulação Extracorpórea	USO	- Aparelho eletromecânico composto de cinco bombas com sistema de "Roleté" usado para impelir e aspirar fluxo sanguíneo. Inclui sensores de temperatura nasofaríngea e retal, sistema de aquecimento e esfriamento;
Marca-passo Externo Temporário Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.	DIA	- Equipamento eletrônico portátil alimentado por bateria que proporciona a estimulação do coração. Sua conexão ao paciente é feita através de eletrodos específicos.
Microscópio Cirúrgico Somente cabe a cobrança se utilizado dentro de Centro Cirúrgico	USO	- Microscópio eletrônico, com sistema de lentes prismáticas com aumento do objeto de 100 a 400 vezes, conectado à fonte de luz fria.
Oxicapnógrafo Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro	USO	- Equipamento eletrônico microprocessado, utilizado para a monitorização de nível de dióxido de carbono e de saturação de oxigênio.



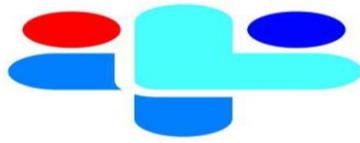
Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.		
Oxímetro Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva e sala de urgência/emergência.	USO	- Equipamento eletrônico microprocessado, utilizado para monitorização de saturação de oxigênio.
Respirador a Pressão Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.	DIA	- Equipamento eletrônico microprocessado utilizado para ventilação mecânica. Necessita de troca, esterilização, reposição de circuitos e reservatório térmico. Programados para ciclagem à pressão.
Respirador a Volume Somente cabe a cobrança se utilizado fora de Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.	DIA	- Equipamento eletrônico microprocessado utilizado para ventilação mecânica. Necessita de troca, esterilização, reposição de circuitos e reservatório térmico. Programados para ciclagem a volume.
Campímetro Computadorizado	USO	- Equipamento específico para o procedimento;
CPAP	DIA	- Equipamento que promove a pressão positiva contínua nas vias aéreas.
BiPAP	DIA	- Equipamento que promove a pressão positiva contínua nas vias aéreas com dois níveis.



Craniótomo	USO	- Equipamento que usa fontes alternativas de energia para o seu funcionamento (ar comprimido ou energia elétrica) e auxilia o neurocirurgião a abordar o sítio operatório. Composto de uma fonte em que se acoplam os acessórios drill, brocas, perfurador e fresas.
------------	-----	--

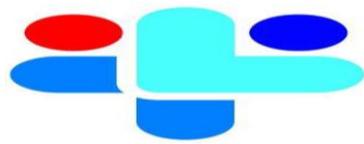
8.2.3. TAXAS DE SERVIÇOS:

TAXA DE SERVIÇOS		ITENS MÍNIMOS
Taxa de Refeição de Acompanhante - Solicitação de autorização prévia pelo médico assistente e comprovar o fornecimento das refeições; - Tem direito a acompanhante os menores de 18 anos, maiores de 60 anos e parturientes.	DIA	- Acomodação adequada e três refeições ao acompanhante; - Para todos os demais casos não será devida a cobrança da taxa, independente da permanência do acompanhante.
Taxa de Curativos: - Realizado em nível ambulatorial; - Em regime de internação hospitalar é cobrado em conta aberta; - Inclusos materiais e medicamentos; - Para pagamento é necessário registro em	SESSÃO	Pequeno (até 16 cm ²): cesárea; histerectomias; incisões pequenas; traqueostomia; Flebotomia; Oftálmicos; UPP grau II; Fístulas Arteriovenosas; Pequeno Queimado; Laparotomia; Médio (16 a 36 cm ²): Incisões com drenos; Cirurgias infectadas, com deiscência; Fístulas Anais; UPP grau III; Fraturas Expostas; Grande (36 a 80 cm ²): Lesão traumática com perda de substância; Cavidades abertas com ou sem infecção; grandes fístulas; Especial (mais de 80 cm ²): médio e grande queimado; uso de



prontuário do profissional que executou o procedimento; - Esta taxa não será devida quando utilizados curativos industrializados.		materiais biológicos;
Taxa de Nebulização:	SESSÃO	- Inclui materiais, oxigênio e medicamentos (broncodilatadores, mucolíticos, soluções fisiológicas e água destilada); - Excluem-se os medicamentos especiais e corticosteroides;
Taxa de Preparo de Alimentação Parenteral:	DIA	- Preparo da Dieta Parenteral; - Materiais utilizados para o preparo, incluindo os descartáveis; - Exclui-se os materiais utilizados na administração da dieta; - Esta taxa não será devida quando forem utilizados produtos industrializados.
Taxa de Esterilização de Peróxido	USO	- Esterilização de materiais termossensíveis por plasma de peróxido de hidrogênio, em equipamento próprio para este fim.
Taxa de Lavagem Gástrica (AMBULATÓRIO)	SESSÃO	- Prescrição feita por profissional competente, execução do procedimento, registro em prontuário.
Taxa de Sondagem Retal, Lavagem Intestinal e Clister (AMBULATÓRIO)	SESSÃO	- Prescrição feita por profissional competente, execução do procedimento, registro em prontuário.
Taxa de Sondagem Vesical, Lavagem Vesical e Irrigação Contínua (AMBULATÓRIO)	SESSÃO	- Prescrição feita por profissional competente, execução do procedimento, registro em prontuário. - Exclui-se a utilização da solução infundida.

9. SP – SERVIÇOS PROFISSIONAIS (honorários médicos e anestesiologia):

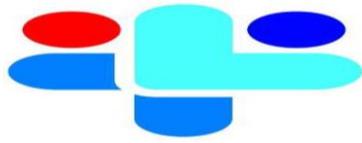


9.1. HONORÁRIOS MÉDICOS:

- a) Coeficiente de Honorários é a unidade básica para o cálculo de honorários médicos. Deve ser multiplicado pelo índice atribuído para cada procedimento, resultando um valor em moeda vigente (real);
- b) Os Honorários Médicos serão valorados conforme a Tabela AMB/92 e a Lista Referencial do PABSS para os procedimentos nelas previstos;
- c) Os valores atribuídos a cada procedimento incluem a assistência pré e pós-operatória durante toda a internação e/ou até o 10º dia do ato cirúrgico;
- d) A participação de médicos auxiliares em procedimentos cirúrgicos é remunerada em 30% para o primeiro auxiliar e 20% para os demais. Somente serão pagos honorários aos médicos auxiliares em procedimentos em que há previsão na Tabela AMB-92 e que prestarem efetivamente o serviço. A constatação deverá ser realizada através da Descrição Cirúrgica, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala, bem como através do contato com o usuário ou seus familiares. Havendo ausência ou divergência ou insubsistência da participação do profissional em toda a assistência pré, intra e pós-operatória, os honorários não deverão ser pagos;
- e) Para os procedimentos realizados por vídeo, os honorários médicos são majorados em 50%;
- f) Para os procedimentos realizados pela mesma via de acesso mas em órgãos e estruturas diversas, remunera-se integralmente o procedimento de maior valor e 50% para os demais;
- g) Se os procedimentos ocorrerem por vias de acesso diferentes ou bilaterais, será somado ao ato 70% do valor;
- h) Se dois especialistas distintos realizarem simultaneamente atos cirúrgicos, a remuneração é feita integralmente a cada um, conforme tabela AMB/92;

9.2. HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGIA:

- a) O ato anestésico inicia-se com a avaliação do paciente e prossegue com a administração de drogas pré-anestésicas e agentes anestésicos, monitorização e vigilância clínica durante o



procedimento e se estende até a recuperação total da sua consciência e estabilização dos sinais vitais do usuário;

b) Os medicamentos utilizados em sala cirúrgica, sala obstétrica e sala de recuperação pós-anestésica devem ser prescritos pelo anestesiológico, assim como deve ser descritos os materiais utilizados durante a assistência;

c) Para os procedimentos realizados por vídeo os honorários do anestesiológico são majorados em 50%;

d) Para os procedimentos de porte 07 ou com circulação extracorpórea (CEC), poderá o anestesiológico solicitar a participação de um anestesiológico auxiliar, que será remunerado em trinta por cento (30%) do valor do porte;

10. SADT – SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPÊUTICA (laboratório, imagens e eletrodiagnóstico):

a) Toda solicitação de exames complementares deverá conter de forma legível a identificação do usuário, dados clínicos, definição do exame e sua codificação, identificação de quem os solicitou com assinatura e carimbo, assim como data e hora da requisição;

b) Para a realização de exames complementares, é indispensável o credenciado exigir a apresentação da solicitação feita pelo profissional legalmente habilitado, sem prejuízo às outras exigências descritas na Seção 7 – ATENDIMENTO AO USUÁRIO;

c) As guias SP/SADT devem ser assinadas e datadas pelo usuário ou responsável legal;

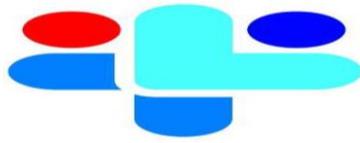
d) Os exames pré-operatórios em internações cirúrgicas eletivas devem ser realizados antes da admissão hospitalar. A realização destes exames durante a internação cirúrgica eletiva será glosada;

e) Todos os exames solicitados pelo médico assistente durante a internação hospitalar devem constar sua justificativa e seus respectivos laudos e resultados no prontuário do usuário. Para os exames de alto custo, deve-se também anexar cópia do laudo à conta do usuário;

- f) Os exames radiológicos são calculados por procedimentos e não por incidência, pois o valor do filme já é automaticamente padronizado. Havendo necessidade de incidências adicionais deverá ser encaminhado previamente justificativa à Auditoria IASB;
- g) O uso do contraste será considerado quando solicitado pelo médico assistente;
- h) Exames realizados por técnica tomográfica têm acréscimo de 50% (cinquenta por cento) em seu valor;
- i) Exames repetidos ou com inconclusivos por deficiência técnica, erro de execução ou por falta de preparo especial não serão remunerados;
- j) A cópia do laudo é o comprovante da execução de exames complementares. O prestador deve anexar à conta do usuário a Guia SP/SADT, solicitação médica e o laudo do exame para:
- Ressonância Nuclear Magnética;
 - Tomografia Computadorizada;
 - Cintilografia;
 - Ultrassonografia;
 - Endoscopia;
 - Ecocardiografia;
- k) Mesmo liberado em guia, o antibiograma somente deve ser realizado mediante prévio resultado positivo de cultura.

10.1. ENDOSCOPIA:

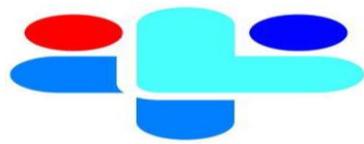
- a) Se um procedimento diagnóstico resultar em um procedimento intervencionista, o valor deverá ser apenas do ato intervencionista, que já inclui o diagnóstico;
- b) Para os casos em que é previsto um médico auxiliar para um procedimento endoscópico, a valoração dessa participação é 30% do médico principal;
- c) Não há previsão de concurso de anestesiológico em ato endoscópico. Para casos excepcionais solicitar parecer da Auditoria do IASB;
- d) Para os atos endoscópicos em que ocorram diversos procedimentos intervencionistas, a valoração tem como referência o de maior porte, acrescentando 50% para os demais procedimentos realizados, salvo se houver codificação específica para esse conjunto de procedimentos;



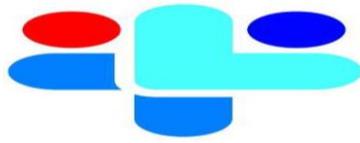
- e) Acréscimos de 30% do valor do procedimento, quando este for realizado entre 19 horas às 07 horas ou em qualquer horário dos sábados, domingos e feriados devido ao estado clínico do usuário. Quando o horário de realização contemplar o acréscimo, mas for escolhido por comodidade do profissional ou do serviço, não se aplica a cobrança majorada;
- f) Quando um ato cirúrgico por vídeo for convertido para a técnica convencional, o ato será valorado pela última. A taxa de vídeo será paga em 50% (cinquenta por cento);

11. MATERIAIS E MEDICAMENTOS:

- a) O uso de medicamentos genéricos é obrigatório;
- b) A checagem de enfermagem é a comprovação da administração de qualquer medicamento. Deve ser feita de forma individualizada e informado o horário da execução do cuidado e identificado o profissional que o fez, com respectivo número de conselho de classe;
- c) A glosa aplicada a um medicamento vincula todos os materiais utilizados no seu preparo e sua administração;
- d) A cobrança de medicamentos deve ser feita em miligramas (mg) ou em mililitros (ml) prescrita pelo médico, quando tiver apresentação em frasco-ampola e comprovada estabilidade em ambiente ou sob refrigeração.
- e) Os medicamentos utilizados em sala cirúrgica, sala obstétrica e sala de recuperação pós-anestésica devem ser prescritos pelo anestesiológico, assim como devem ser descritos os materiais utilizados durante a assistência no centro cirúrgico/obstétrico;
- f) Para fins de comprovação de utilização, só é válida a Folha de Gastos em Sala (ficha de material técnico utilizado em sala cirúrgica) que estiver assinada e carimbada pelo cirurgião e seus eventuais auxiliares;
- g) Remuneram-se os medicamentos conforme o Guia Farmacêutico BRASÍNDICE vigente no dia em que foi utilizado, pelo:
- Preço de Fábrica (PF), majorado em 20%, para os que não possuem PMC (preço máximo ao consumidor) e os de uso restrito hospitalar no guia BRASÍNDICE;
 - Preço Máximo ao Consumidor (PMC), com deflator de 15% para os demais casos;
- h) São medicamentos de alto custo os fármacos cujo custo ultrapasse o valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais). O uso destes deve ser submetido à apreciação da Auditoria do IASB, solicitada em formulário próprio contendo justificativa médica, tempo de utilização e quantidade.



- i) São medicamentos de alto custo e os fármacos constantes da lista anexo, deverão ser justificados pelo médico assistente, através de laudo e analisados pelo auditor hospitalar;
- j) A Auditoria do IASB pode solicitar o cumprimento do item anterior para qualquer medicamento prescrito pelo médico assistente, inclusive para aqueles que não são considerados de alto custo;
- k) Medicamentos utilizados em ato anestésico, de qualquer porte, devem ser cobrados por mililitros;
- l) Os materiais descartáveis utilizados para a assistência à saúde do usuário durante a internação serão valorados conforme Lista de materiais descartáveis constante do anexo. Para os materiais não inclusos neste anexo serão cobrados pela Revista Simpro com deflator de 30%, preço médio do SIMPRO, vigente no dia da utilização.
- m) Os materiais de higiene pessoal não são remunerados pelo PABSS;
- n) Os materiais de punção venosa deverão ser justificados quando forem utilizados mais de uma vez em cinco dias;
- o) Materiais utilizados para a proteção de proeminências ósseas de usuários acamados e restritos ao leito deverão ser solicitados para avaliação da auditoria hospitalar;
- p) Torneirinhas e infusores de duas vias devem ser utilizados quando houver previsão de administração múltipla e/ou contínua de medicamentos. A utilização desses veta o uso de equipamentos com injetor lateral;
- q) Sonda Vesical de Demora (SVD) e Sonda Nasoenteral (SNE): liberada apenas uma por internação, mediante conduta justificada do médico ou do enfermeiro com registro da execução;
- r) Colchão piramidal: Liberado o uso de um por internação, mediante conduta justificada do médico ou do enfermeiro, inclusive com a determinação de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) e com registro da instalação. A solicitação deve ser feita no momento da admissão do usuário;
- s) Compressas cirúrgicas devem ser utilizadas conforme a complexidade e tempo do procedimento.
- Ambulatoriais e Oftalmológicas: 45x50: não previsto; 7,5x7,5cm: até 25 unid;
 - Vídeio e Pequeno Porte: 45x50: até 03 unid; 7,5x7,5cm: até 75 unid;
 - Médio Porte: 45x50: até 08 unid; 7,5x7,5cm: até 100 unid;
 - Grande Porte e Porte Especial: 45x50: até 12 unid; 7,5x7,5cm: até 150 unid;



12. ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS:

OPME: são artigos de uso restrito ao ambiente hospitalar, introduzidos por intervenção médica total ou parcialmente ao corpo humano e nele permanecendo por longo período. Podem ser:

ÓRTESES, quando possibilitam ou melhoram o funcionamento de um órgão ou segmento;

PRÓTESE, quando substituem estruturas anatômicas a realizar suas funções;

MATERIAIS ESPECIAIS quando auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico;

a) A comprovação de utilização de OPME se dá por:

- Película e laudo de exames radiológicos pós-operatórios;
- Relatório Cirúrgico e Folha de Consumo com todas as etiquetas, embalagens e invólucros de rastreabilidade das OPME utilizados no procedimento;

b) A cobrança de valores referentes à utilização de OPME deverá constar:

- Solicitação médica em formulário próprio, contendo descrição, codificação e especificações técnicas dos produtos;
- Autorização do IASB através de Guia-Ofício;
- Comprovação de utilização de OPME com visto do auditor do IASB;

c) Os produtos classificados como OPME serão adquiridos pelo IASB por livre negociação com fornecedores credenciados e fornecidos ao hospital onde o usuário for realizar o procedimento;

d) Quando o médico assistente julgar inadequado, ineficiente, impróprio ou por qualquer hipótese recusar os produtos fornecidos pelo IASB, este deve indicar três possibilidades que contemplam suas aspirações e justificar sua recusa que será encaminhada à ANVISA e à Câmara Técnica de Implantes da AMB;

e) Em casos de urgência e emergência, admite-se o uso de OPME disponíveis no próprio hospital;

f) Os procedimentos de urgência e emergência devem ser regularizados no primeiro dia útil, encaminhando o responsável legal do usuário à Auditoria e posteriormente ao Protocolo Geral do IASB com a solicitação médica em formulário próprio, laudo justificativo do procedimento urgente, orçamento dos materiais utilizados e cópia da comprovação de utilização de OPME com visto do auditor do IASB, nos invólucros originais;

- g) A precificação de OPME no orçamento e na conta do usuário deve ser em conformidade ao anexo da Lista Referencial do PABSS;
- h) Os produtos que não constam na Lista Referencial de OPME devem ser valorados conforme Nota Fiscal;

13. CURATIVOS:

Procedimento que objetiva proteger, absorver exsudatos e secreções, prevenir e eliminar contaminações, promover conforto e auxiliar a cicatrização.

- a) No ambulatório remunera-se através de taxa de curativos, que inclui os materiais e medicamentos utilizados;
- b) Os curativos realizados em internação hospitalar são cobrados em conta aberta;
- c) Curativos com materiais biológicos necessitam de solicitação do enfermeiro assistente ou da comissão interna para autorização prévia da Auditoria do IASB, com descrição da:
- Localização anatômica;
 - Área da lesão com seus diâmetros e Profundidade;
 - Tipo e Quantidade de Tecido;
 - Aspecto da borda e da pele peri-ulceral;
 - Exsudato e seus aspectos;
 - Sinais flogísticos;
 - Material e medicamentos propostos para o curativo;
 - Frequência de realização do procedimento;
 - Material biológico prescrito;
- d) Não se renumera honorários médicos para os procedimentos de retirada de pontos e curativos cirúrgicos, pois os cuidados pré e pós-operatórios já estão inclusos no valor da cirurgia realizada;
- e) Materiais utilizados para a proteção de proeminências ósseas de usuários acamados e restritos ao leito deverão ser avaliados pelo auditor hospitalar;
- f) Curativos industrializados não tem direito a cobrança de taxas.

14. GASOTERAPIA:

- a) A comprovação de utilização de gases medicinais é feita através de formulário de controle de gasoterapia, anexada ao prontuário, onde deverá constar as seguintes informações:



- Início e término da utilização;
- Equipamento utilizado para a gasoterapia;
- Fluxo (em l/min);
- Nome e registro no conselho de classe do profissional que iniciou e do que finalizou a assistência;

b) Os registros nesse formulário não substituem o registro legal que deve ser realizado no prontuário do usuário.

15. HEMOTERAPIA:

a) As transfusões devem ser solicitadas exclusivamente pelo médico assistente e atender as exigências previstas na Portaria GM/MS n. 2712 de 11 de novembro de 2013, na Resolução ANVISA n. 34, 11 de junho de 2014 e outras normas correlatas, bem como suas atualizações;

b) A Indicação Clínica, Proposta Cirúrgica e Justificativa Transfusional para uso de hemocomponentes e procedimentos especiais deverão seguir as recomendações contidas no Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápico e nas Boas Práticas no Ciclo do Sangue, assim como nas RDC ANVISA n. 129/2004 – Diretrizes para Transfusão de Plaquetas; RDC ANVISA n. 10/2004 – Diretrizes para o Uso de Plasma Fresco; RDC ANVISA n. 23/2002 – Diretrizes para o uso de Crioprecipitado;

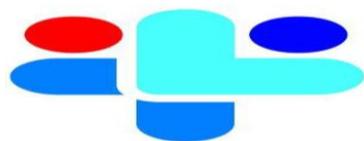
c) A reserva cirúrgica deve guardar relação com porte do procedimento proposto, assim o prestador deve realizar reservas e exames pré-transfusionais conforme descrito na Lista Referencial do PABSS. Não se aplica esta regra quando a transfusão se realizar totalmente;

d) Não utilizar sigla na indicação clínica, proposta cirúrgica e justificativa transfusional, ainda que bastante difundida;

e) Solicitar autorização prévia da Auditoria para cada procedimento hemoterápico (Guia SP/SADT);

f) A comprovação da transfusão é feita através de:

- Solicitação médica do procedimento;
- Autorização do IASB através de guia;
- Comprovação da realização dos exames pré-transfusionais;
- Comprovação da dispensa do produto em condições padronizadas de transporte;
- Registro da realização do procedimento e suas eventuais intercorrências em prontuário.

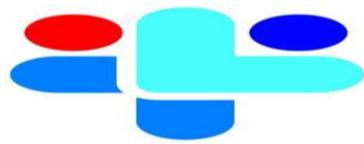


16. REMOÇÃO:

O IASB oferece apenas transporte inter-hospitalar programado. As remoções programadas devem ser realizadas em veículos com recursos compatíveis com a complexidade e gravidade do caso.

- a) É necessária a solicitação médica, o parecer favorável da Auditoria e autorização do IASB por Guia ou Guia-Ofício;
- b) O trajeto percorrido pela ambulância é calculado em quilômetros enquanto o usuário nela estiver;
- c) A remoção do usuário poderá ser realizada quando houver:
- Indisponibilidade de instalações compatíveis com a necessidade do usuário;
 - Indisponibilidade de instalações para o isolamento ou tratamento de distúrbios psiquiátricos;
 - Necessidade de procedimentos ou exames não realizados no local de internação;
- d) Não deverá ser pleiteada a remoção para:
- Atendimento pré-hospitalar;
 - Alta hospitalar;
 - Remoção cujo acionamento não tenha relação com o quadro clínico do usuário;
- e) O serviço de remoção do usuário será considerado como:

SIMPLES REMOÇÃO	Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido não classificado com potencial necessidade de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, devendo ser tripulado por condutor e socorrista.	- Sinalizador óptico e acústico; - Equipamento de radiocomunicação; - Maca articulada e com rodas; - Suporte para soro; - Rede de oxigênio completa; - Cilindro de oxigênio portátil; - Maletas básicas de simples remoção; - Maleta de parto;
REMOÇÃO EM UTI	Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco	- Todos os equipamentos da Simples Remoção;



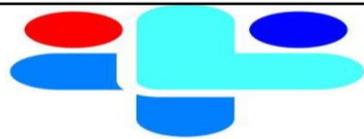
	<p>em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com profissional médico e equipamentos de suporte intensivo.</p> <p>Para o atendimento a neonatos deverá haver incubadora de transporte e conter equipamentos de monitorização, respiração e ressuscitação para RN.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Suporte de Oxigênio compatível com o uso de ventilador mecânico pelo tempo de traslado solicitado;- Respirador mecânico de transporte;- Oxímetro não invasivo portátil;- Monitor multiparamétrico de SSVV;- Desfibrilador, Cardioversor, Marca-passo;- Bomba de Infusão em número compatível com as drogas administradas durante o traslado;- Maleta de Suporte Avançado;
REMOÇÃO PSIQUIÁTRICA	<p>Veículo destinado ao transporte de usuários com transtorno mental, sem risco de vida conhecido, para remoções simples e de caráter eletivo.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Todos os equipamentos da Simples Remoção;
TRANSPORTE ADAPTADO	<p>Veículo destinado ao transporte de segurados sentados, em especial portadores de necessidades especiais, que não apresentem risco de vida conhecido, para remoções simples e de caráter eletivo.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Todos os equipamentos da Simples Remoção;

**LISTA DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALAR EM PACIENTES INTERNADOS QUE
REQUEREM JUSTIFICATIVA MÉDICA**

BASE FARMACOLÓGICA E EXEMPLOS DE NOME COMERCIAL

BASE FARMACOLÓGICA	NOME COMERCIAL
Anfotericina B, e outros Antifúngicos injetáveis	Ambisome, Cancidas, Zoltec e outros
Aztreonam	Azactam e similares
Casposfungina	Fluconazol
Cefoperazoma	Cefobib e similares
Cefpiroma	Cefron e similares
Cloridrato de remifentanil	Ultiva
Cloridrato de Tirofiban	Agastat
Daptomicina	Cubicin
Filgastrina	Granulokine (depende da autorização da área de regulação de oncologia do IASB)
Gatifloxacina	Tequin
Imipenema/Cilastatina	Tienam
Imunoglobulina Anti RH (D)	Partogama - Matergan
Piperacilina sódica + Tazobactama	Tazocin
Seroptase	Streptoquinase
Sufentanila	Sufenta
Surfactante	Curosurf e similares
Teicoplamina	Targocid
Tigeciclina	Tygacil

- O uso dos medicamentos de alto custo deverá ser justificado através de laudo do médico assistente, com letra legível, assinatura e carimbo e visado pelo médico auditor do IASB, devendo ser anexado à fatura de cobrança. Numa mesma solicitação poderão constar até 03 (três) medicamentos de alto custo, com as devidas justificativas.
- A critério do médico auditor do IASB, **para qualquer medicamento poderá ser solicitado laudo justificativo**, inclusive medicamentos novos de alto custo, não incluídos na lista apresentada, ou novo laudo para medicamentos já avaliados anteriormente.
- O mesmo critério será adotado para os curativos especiais industrializados, como por exemplo: Placas de Duoderm, Safigel, entre outros.



IASB

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

GRUPO ESPECIAL

ANEXO A-1

GRUPO ESPECIAL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
--------	-----------	---------	-------------

1 – DIÁRIAS

8000000011	BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	R\$ 76,91
8000000036	ENFERMARIA PADRÃO	DIA	R\$ 141,00
8000000003	APARTAMENTO	DIA	R\$ 300,00
8000000063	MEIA DIARIA	12h	R\$ 70,50
8000000125	UTI ADULTO	DIA	R\$ 457,80
8000000126	UTI NEONATAL	DIA	R\$ 370,00

2 – TAXAS DE SALA

2.1 – TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO

8000000076	TX DE SALA PORTE 0	USO	R\$ 55,12
8000000077	TX DE SALA PORTE 1	USO	R\$ 133,31
8000000078	TX DE SALA PORTE 2	USO	R\$ 175,61
8000000079	TX DE SALA PORTE 3	USO	R\$ 256,37
8000000080	TX DE SALA PORTE 4	USO	R\$ 282,00
8000000081	TX DE SALA PORTE 5	USO	R\$ 314,05
8000000082	TX DE SALA PORTE 6	USO	R\$ 499,92
8000000083	TX DE SALA PORTE 7	USO	R\$ 589,65
8000000096	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	USO	R\$ 34,61

2.2 – TAXA DE INSTALAÇÕES:

8000000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 48,71
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA	SESSÃO	R\$ 134,59
8000000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	R\$ 526,84
8000000109	SALA DE QUIMIOTERAPIA	SESSAO	R\$ 153,82
8000000104	SALA DE HEMODIÁLISE	SESSÃO	R\$ 179,46
8000000106	SALA DE LITOTRIPSIA	USO	R\$ 160,23
8000000069	NECRÓTERIO	USO	R\$ 46,15
8000000030	TAXA DE ISOLAMENTO	DIA	R\$ 42,30
8000000094	SALA DE SUTURA/GESSO	SESSÃO	R\$ 12,82
8000000121	TAXA UTILIZAÇÃO DE PRONTO-SOCORRO	USO	R\$ 3,00

ANEXO A-1

GRUPO ESPECIAL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

2.3 – TAXA DE SERVIÇOS:

800000088	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	DIA	R\$ 7,00
8000000117	TAXA DE ESTERILIZAÇÃO À PERÓXIDO	USO	R\$ 192,28
8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID.	R\$ 27,56
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID.	R\$ 19,23
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID.	R\$ 14,74
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID.	R\$ 12,30
8000000057	LAVAGEM GÁSTRICA	SESSÃO	R\$ 20,51
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	SESSÃO	R\$ 20,51
8000000054	IRRIGAÇÃO CONTÍNUA	DIA	R\$ 16,66
8000000086	PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	DIA	R\$ 19,23
8000000114	SONDAGEM RETAL E/OU CLISTER	SESSÃO	R\$ 12,82
8000000113	SONDA OU LAVAGEM VESICAL	SESSÃO	R\$ 12,82
8000000028	DEFIBRILADOR (CARDIOVERSÃO) FORA CC E CTI	SESSÃO	R\$ 25,64
8000000035	ENDOLASER	USO	R\$ 384,55
8000000046	EXIME LASER	USO	R\$ 384,55
8000000056	LASER	SESSÃO	R\$ 192,28
8000000062	MARCAPASSO CARDIACO EXTERNO TEMPORÁRIO (FORA BLOCO E CTI)	DIA	R\$ 55,12
8000000066	MONITOR CARDÍACO (FORA BLOCO E CTI)	USO	R\$ 34,61
8000000084	POTENCIAL OCCIPITAL EVOCADA	USO	R\$ 166,64
8000000098	RX NA SALA CIRURGICA C/ INTENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 173,05
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	R\$ 47,43
8000000122	TRÉPANO ELÉTRICO	USO	R\$ 47,43

2.4 – TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	DIA	R\$ 35,02
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 192,28
8000000028	DEFIBRILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	SESSÃO	R\$ 25,64
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO-ARTROSCOPIA	USO	R\$ 230,73
8000000044	EQUIPAMENTO DE VIDEO-LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 230,73
8000000000	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA- 1ª APLICAÇÃO	USO	R\$ 922,92
8000000026	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA- DEMAIS APLICAÇÕES	USO	R\$ 461,46
8000000060	MÁQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA-CORPÓREA	USO	R\$ 205,09
8000000061	MARCAPASSO EXTERNO TEMPORÁRIO (FORA DA UTI)	DIA	R\$ 41,53

ANEXO A-1

GRUPO ESPECIAL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

2.4 – TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000064	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 121,77
8000000071	OXICAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	DIA	R\$ 64,09
8000000075	OXÍMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	DIA	R\$ 10,25
8000000090	RESPIRADOR À PRESSÃO (FORA UTI E C. CIRUR)	HORA	R\$ 15,38
8000000091	RESPIRADOR À VOLUME (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	HORA	R\$ 6,92
8000000016	CAMPIMETRIA / CAMPÍMETRO COMPUTADORIZADO	USO	R\$ 64,09
8000000020	CPAP	DIA	R\$ 7,69
8000000021	CRANEOTOMO	USO	R\$ 44,86

3 – GASOTERAPIA:

8000000073	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	R\$ 10,90
8000000074	OXIGÊNIO SOB PRESSÃO (FORA DE CC E UTI)	HORA	R\$ 44,86
8000000048	GÁS CARBÔNICO / DIOXIDO DE CARBONO	HORA	R\$ 64,09
8000000070	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 51,27
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO / OXIDO NITROSO	HORA	R\$ 64,09
8000000002	AEROSOL COM MEDICAÇÃO S/OXIGÊNIO	SESSÃO	R\$ 4,49
8000000001	AEROSOL COM MEDICAÇÃO C/ OXIGÊNIO	SESSÃO	R\$ 7,22
8000000007	AR COMPRIMIDO	HORA	R\$ 6,41
8000000008	ARGONIO	USO	R\$ 25,64
8000000072	OXIDO NITRICO (CRIANÇA/ADULTO)	HORA	R\$ 108,96

ANEXO A-2

GRUPO ESPECIAL: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000147	VARIZES UNILATERAL	1	R\$ 414,39	R\$ 384,80	R\$ 799,19
80000146	VARIZES BILATERAL	2	R\$ 471,90	R\$ 777,00	R\$ 1.248,90
80000082	FISTULECTOMIA ANAL EM 1 TEMPO	1	R\$ 489,85	R\$ 288,60	R\$ 778,45
80000083	FISTULECTOMIA ANAL EM 2 TEMPOS	2	R\$ 558,46	R\$ 384,80	R\$ 943,26
80000090	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA COM OU SEM EFINCTEROTONIA	1	R\$ 551,61	R\$ 288,60	R\$ 840,21
80000066	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 1.111,43	R\$ 555,00	R\$ 1.666,43
80000064	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 1.464,08	R\$ 666,00	R\$ 2.130,08
80000065	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.145,43	R\$ 825,00	R\$ 1.970,43
80000063	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.540,00	R\$ 999,00	R\$ 2.539,00
80000093	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	1	R\$ 617,26	R\$ 336,70	R\$ 953,96
80000094	HÉRNIA INCISIONAL	1	R\$ 576,00	R\$ 336,70	R\$ 912,70
80000097	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	2	R\$ 641,86	R\$ 384,80	R\$ 1.026,66
80000095	HÉRNIA INGUINAL BILATERAL	3	R\$ 641,86	R\$ 481,00	R\$ 1.122,86
80000096	HÉRNIA INGUINAL RECIDIVANTE	2	R\$ 784,87	R\$ 481,00	R\$ 1.265,87
80000091	HÉRNIA UMBILICAL	1	R\$ 583,51	R\$ 312,65	R\$ 896,16
80000139	TIREOIDECTOMIA PARCIAL BILATERAL	3	R\$ 1.020,88	R\$ 503,20	R\$ 1.524,08
80000140	TIREOIDECTOMIA TOTAL	3	R\$ 1.111,43	R\$ 566,10	R\$ 1.677,53
80000112	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA (1 OU 2 PUNÇÕES)	½	R\$ 448,69	R\$ 144,30	R\$ 592,99
80000034	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	0	R\$ 323,82	R\$ 88,80	R\$ 412,62
80000033	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA P/ BIÓPSIA DIRIGIDA, LISE DE SINEQUIAS RET. DE CORPO ESTRANHO	1	R\$ 477,50	R\$ 159,10	R\$ 636,60
80000032	HISTEROSCOPIA CIR. COM RESSEC. P/ MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA METROPLASTIA E ENOMETRDOMIA	1	R\$ 551,61	R\$ 222,00	R\$ 773,61
80000110	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA PARA LISE DE ADERÊNCA CAUTERIZAÇÃO DE FOCOS DE ENDOMETRIOSE, BIÓPSIA DE OVÁRIO OU TUMORAL	1	R\$ 898,76	R\$ 336,70	R\$ 1.235,46

ANEXO A-2

CATEGORIA ESPECIAL: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000111	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA P/ MIOMECTOMIA, SALPINGECTOMIA, OOFORECTOMIA	2	R\$ 1.147,10	R\$ 408,85	R\$ 1.555,95
80000058	BARTOLINECTOMIA	½	R\$ 255,21	R\$ 96,20	R\$ 351,41
80000115	INCONTINÊNCIA URINÁRIA –TRAT. CIRURIGICO VIA ALTA OU BAIXA	3	R\$ 791,73	R\$ 527,25	R\$ 1.318,98
80000108	INCONTINÊNCIA URINÁRIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL	2	R\$ 1.104,32	R\$ 610,50	R\$ 1.714,82
80000073	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO	½	R\$ 405,77	R\$ 74,00	R\$ 479,77
80000076	EXCISÃO DE PÓLIPO UTERINO	1	R\$ 275,79	R\$ 74,00	R\$ 349,79
80000103	HISTERECTOMIA TOTAL	2	R\$ 1.115,55	R\$ 555,00	R\$ 1.670,55
80000102	HISTERECTOMIA VAGINAL COM COLPOPERIPLASTIA POSTERIOR	3	R\$ 1.079,09	R\$ 666,00	R\$ 1.745,09
80000104	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA TOTAL UNI OU BILATERAL ABDOMINAL	2	R\$ 1.187,46	R\$ 721,00	R\$ 1.908,46
80000134	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	2	R\$ 664,13	R\$ 336,70	R\$ 1.000,83
80000118	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROLASTIA	2	R\$ 980,99	R\$ 336,70	R\$ 1.317,69
80000072	CURETAGEM PÓS ABORTO	1	R\$ 444,68	R\$ 129,50	R\$ 574,18
80000121	PARTO VIA BAIXA	1	R\$ 582,00	R\$ 582,40	R\$ 1.164,40
80000060	CESARIANA	2	R\$ 1.025,01	R\$ 597,20	R\$ 1.622,21
80000079	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DE MAMA	1	R\$ 393,00	R\$ 120,25	R\$ 513,25
80000142	TUMOR OU ADENOMA DE MAMA EXTIRPAÇÃO	1	R\$ 303,24	R\$ 168,35	R\$ 471,59
80000092	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBA TRAT. COM MICROSCOPIA	4	R\$ 1.326,86	R\$ 721,50	R\$ 2.048,36
80000061	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSAS (QUALQUER TECNICA)	½	R\$ 638,04	R\$ 529,10	R\$ 1.167,14
80000138	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL	½	R\$ 282,66	R\$ 148,00	R\$ 430,66
80000137	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA (UNILATERAL)	1	R\$ 332,06	R\$ 148,00	R\$ 480,06
80000136	SEPTO NASAL – SEPTOPLASTIA OU RESEÇÃO SUBMUCOSA DE KILLAM	1	R\$ 452,80	R\$ 336,70	R\$ 789,50
80000051	ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 346,00	R\$ 111,00	R\$ 457,00
80000052	AMIDALECTOMIA DAS PALATINAS	1	R\$ 377,34	R\$ 166,50	R\$ 543,84
80000050	AMIDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 497,00	R\$ 185,00	R\$ 682,00

ANEXO A-2

CATEGORIA ESPECIAL: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000085	FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO TTO. CIRÚRGICO	2	R\$ 657,26	R\$ 333,00	R\$ 990,26
80000084	FRAT. DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO RED. INCRUENTA	½	R\$ 226,40	R\$ 111,00	R\$ 337,40
80000057	ARTROSCOPIA DO JOELHO PARA CIRURGIA	1	R\$ 937,17	R\$ 388,50	R\$ 1.325,67
80000062	CISTO SINOVIAL RESSECÇÃO	½	R\$ 252,48	R\$ 144,30	R\$ 396,78
80000081	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICOS INTRA-OSSEOS	½	R\$ 260,71	R\$ 120,25	R\$ 380,96
80000122	PLACAS	1	R\$ 314,23	R\$ 144,30	R\$ 458,53
80000128	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	4	R\$ 1.193,76	R\$ 610,50	R\$ 1.804,26
80000130	RESSECÇÃO ENDOSC. PRÓSTATA	4	R\$ 1.035,97	R\$ 697,45	R\$ 1.733,42
80000145	VARICOCELE UNILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 355,39	R\$ 144,30	R\$ 499,69
80000144	VARICOCELE BILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 430,86	R\$ 240,50	R\$ 671,36
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA LOCAL	0	R\$ 464,20	R\$ 120,25	R\$ 584,45
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA	½	R\$ 464,20	R\$ 120,25	R\$ 584,45

OBS:

- Os pacotes incluem: Diárias, alugueis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos, honorários médicos, SADT.
- Nas cirurgias vídeo laparoscópicas incluem ligas-clips.
- Excluem: órteses, próteses, hemoterapia e Honorários de Anestesiologia .

ANEXO A-3

GRUPO ESPECIAL - PACOTE PARA HEMODIÁLISE

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
80000042	Sessão de Hemodiálise (cada)	R\$ 900,00

A sessão de Hemodiálise CONTEMPLA:

- Taxa de Sala;
- Mat/Med;
- Honorários.

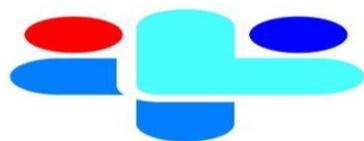
O procedimento é coberto pelo PABSS, no máximo 05 sessões anuais por paciente. A liberação é através de guia de autorização.

O procedimento só é realizado em paciente internado.

Caso realize a hemodiálise à nível ambulatorial deverá ser cobrado conforme **Anexo Diversos E-5**.

OBS: O material de OPM (Cateter duplo lúmen) é financiado integral pelo usuário.

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
8000000408	CATETER DUPLO LUMEN	R\$ 768,00



ANEXO A-4

GRUPO ESPECIAL - PACOTE ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA/ COLONOSCOPIA/COLPOSCOPIA/MANOMETRIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000260	Endoscopia digestiva alta	R\$ 250,00
80000261	Biopsia da Endoscopia	R\$ 50,00
80000161	Endoscopia/Biopsia /Teste da uréase	R\$ 192,50
80000262	Colonoscopia	R\$ 400,00
80000159	Biopsia da Colonoscopia	R\$ 50,00
80000019	Colposcopia	R\$ 22,20
80000018	Colposcopia c/ biopsia	R\$ 70,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000150	BRONCOSCOPIA RÍGIDA PARA DIAGNÓSTICO, COLHEITA DE MATERIAL E/OU BIÓPSIA	R\$ 600,00
80000151	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 600,00
80000152	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM RETIRADA DE PAPILOMA	R\$ 600,00
80000153	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA	R\$ 600,00
80000154	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM DILATAÇÃO PARA ESTENOSE (POR SESSÃO)	R\$ 600,00
80000155	BRONCOGRAFIA POR HEMITÓRAX	R\$ 600,00
80000156	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL PARA DIAGNÓSTICO, COLHEITA DE MATERIAL E/OU BIÓPSIA	R\$ 600,00
80000157	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 600,00
80000158	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL COM LAVADO BRONCOALVEOLAR	R\$ 600,00

OBS.: Nos valores dos pacotes estão inclusos:

Honorários médicos, taxa de sala, materiais e medicamentos. No valor de Broncoscopia estão inclusos somente honorários médicos. Despesas de acomodação hospitalar, taxa de sala, materiais e medicamentos, serão faturados à parte pelo Hospital.

GRUPO MATERNO INFANTIL

ANEXO B-1

GRUPO MATERNO INFANTIL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

1 - DIÁRIAS

800000011	BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	R\$ 71,05
800000036	ENFERMARIA	DIA	R\$ 130,00
800000063	MEIA DIARIA	12h	R\$ 65,00
800000003	APARTAMENTO	DIA	R\$ 200,00
8000000125	UTI ADULTO	DIA	R\$ 370,00
8000000126	NEONATAL	DIA	R\$ 370,00

2. - TAXAS DE SALA

2.1 - TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO

800000076	TX DE SALA PORTE 0	USO	R\$ 37,58
800000077	TX DE SALA PORTE 1	USO	R\$ 89,50
800000078	TX DE SALA PORTE 2	USO	R\$ 143,00
800000079	TX DE SALA PORTE 3	USO	R\$ 181,10
800000080	TX DE SALA PORTE 4	USO	R\$ 200,96
800000081	TX DE SALA PORTE 5	USO	R\$ 247,70
800000082	TX DE SALA PORTE 6	USO	R\$ 357,30
800000083	TX DE SALA PORTE 7	USO	R\$ 426,38
8000000118	TAXA DE CENTRO OBSTETRICO	USO	R\$ 330,00
8000000096	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	USO	R\$ 34,61

2.2 - TAXAS FORA DE INSTALAÇÕES

8000000099	SALA AMBULATORIAL	USO	R\$ 34,02
8000000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 30,00
8000000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	R\$ 379,04
8000000094	SALA DE SUTURA/GESSO	USO	R\$ 12,82
8000000109	SALA DE QUIMIOTERAPIA	SESSÃO	R\$ 84,24
8000000100	SALA DE DIÁLISE	SESSÃO	R\$ 122,76
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA S/ ACOMPANHANTE DE ANESTESIA	SESSÃO	R\$ 31,68
8000000102	SALA DE ENDOSCOPIA C/ ACOMPANHANTE DE ANESTESIA	SESSÃO	R\$ 103,60
8000000030	TAXA SALA DE ISOLAMENTO	DIA	R\$ 39,00
8000000121	TAXA UTILIZAÇÃO DE PRONTO SOCORRO	USO	R\$ 3,00
8000000031	TAXA DE BERÇARIO	UND	R\$ 20,00

ANEXO B-1

GRUPO MATERNO INFANTIL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

2.3 - TAXA DE SERVIÇOS

8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID.	R\$ 18,48
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID.	R\$ 14,50
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID.	R\$ 10,30
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID.	R\$ 8,58
8000000057	LAVAGEM GÁSTRICA	Sessão	R\$ 12,40
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	Sessão	R\$ 12,40
8000000047	FOTOTERAPIA	DIA	R\$ 33,00
8000000086	PREPARO ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	UNID.	R\$ 13,20
8000000089	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	UND	R\$ 7,00

2.4 - TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000001	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E COM OXIGÊNIO	SESSÃO	R\$ 4,35
8000000002	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E SEM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 3,12
8000000014	BISTURI ELÉTRICO (FORA DO CENTRO CIRÚRGICO)	USO	R\$ 39,60
8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 44,55
8000000028	DEFIBRILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	SESSÃO	R\$ 13,86
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 122,76
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO-ARTROSCOPIA	USO	R\$ 158,40
8000000044	EQUIPAMENTO DE VIDEO-LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 158,40
8000000000	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA - CORPÓREA 1ª APLICAÇÃO	USO	R\$ 682,44
8000000026	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA - CORPÓREA - DEMAIS APLICAÇÕES	USO	R\$ 340,56
8000000060	MÁQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA	USO	R\$ 153,12
8000000061	MARCA PASSO EXTERNO TEMPOR. (FORA DA UTI)	DIA	R\$ 30,36
8000000064	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 86,18
8000000066	MONITOR CARDÍACO (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	HORA	R\$ 2,44
8000000071	OXICAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	R\$ 46,20
8000000075	OXÍMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 7,92
8000000098	RAIO-X NA SALA CIRURGICA C/ITENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 96,36
8000000090	RESPIRADOR À PRESSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	HORA	R\$ 4,62
8000000091	RESPIRADOR À VOLUME (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	HORA	R\$ 4,62
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	R\$ 30,36
8000000122	TRÉPANO ELÉTRICO	USO	R\$ 30,36

ANEXO B-1

GRUPO MATERNO INFANTIL: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID	VALOR
8000000073	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	R\$
8000000074	OXIGÊNIO SOB PRESSÃO	HORA	R\$
8000000048	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$
8000000070	NITROGÊNIO	HORA	R\$
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO/ OXIDO NITROSO	HORA	R\$

ASOTERAPIA

ANEXO B-2

PACOTES DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

CIRURGIAS		VALORES			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESP. HOSPITALAR	HONORÁRIOS CIRURGICOS REAJUSTADOS	VALOR TOTAL DO PACOTE
80000060	CESARIANA	2	R\$ 1.025,01	R\$ 597,20	R\$ 1.622,21
80000072	CURETAGEM PÓS ABORTO	1	R\$ 444,68	R\$ 129,50	R\$ 574,18
80000073	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILAT. DO COLO	½	R\$ 405,77	R\$ 74,00	R\$ 479,77
80000103	HISTERECTOMIA TOTAL	2	R\$ 1.115,55	R\$ 555,00	R\$ 1.670,55
80000102	HISTERECTOMIA VAGINAL COM COLPOPERIPLASTIA POSTERIOR	3	R\$ 1.079,09	R\$ 666,00	R\$ 1.745,09
80000104	HISTERECTOMIA TOTAL C/ ANEXETOMIA UNI OU BILATERAL ADOMINAL	2	R\$ 1.187,46	R\$ 721,00	R\$ 1.908,96
80000108	INCONTINENCIA URINARIA C/ RETOCIST. ROTURA PERINEAL	2	R\$ 1.104,32	R\$ 610,50	R\$ 1.714,82
80000118	OOFORRECTOMIA UNILATERAL OU BILATERAL OU OOFOROPLASTIA UNI OU BILAT.	2	R\$ 980,99	R\$ 336,70	R\$ 1.317,69
80000121	PARTO VIA BAIXA	1	R\$ 582,00	R\$ 582,40	R\$ 1.164,40
80000079	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR OU ADENOMAMA	1	R\$ 393,00	R\$ 120,25	R\$ 513,25
80000131	RESSECÇÃO SETOR MAMARIO	1	R\$ 442,00	R\$ 120,25	R\$ 562,25

OBS:

- Os pacotes incluem: Diárias, alugueis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos, honorários médicos, SADT.
- Nas cirurgias vídeo laparoscópicas incluem ligas-clips.
- Excluem: órteses, próteses, hemoterapia e Honorários de Anestesiologia.

ANEXO B-3

PACOTES DE CIRURGIAS PEDIÁTRICAS

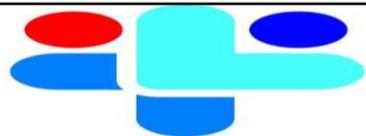
CIRURGIAS		VALORES (R\$)			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESP. HOSPITALAR	HONORÁRIOS CIRURGICOS (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE
80000272	POSTECTOMIA	½	R\$ 422,00	R\$ 120,55	R\$ 542,55
80000091	HÉRNIA UMBILICAL	1	R\$ 583,51	R\$ 312,65	R\$ 896,16
80000088	GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA ELETIVA	2	R\$ 526,00	R\$ 214,60	R\$ 740,60
80000094	HÉRNIA INCISIONAL	1	R\$ 576,00	R\$ 336,70	R\$ 912,70
80000098	HERNIORRAFIA INGUINAL RN OU LACTANTE	1	R\$ 583,51	R\$ 384,80	R\$ 968,31
80000093	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	1	R\$ 617,26	R\$ 336,70	R\$ 953,96
80000086	EXCISÃO EM CUNHA	1	R\$ 287,59	R\$ 120,25	R\$ 407,84
80000087	FRENOTOMIA LINGUAL	1	R\$ 287,59	R\$ 120,25	R\$ 407,84
80000100	HIOSPÁDIA DISTAL – TRAT. EM 1 TEMPO	1	R\$ 850,00	R\$ 264,55	R\$ 1.114,55
80000101	HIOSPÁDIA PROXIMAL-TRAT. EM 1 TEMPO	1	R\$ 850,00	R\$ 625,30	R\$ 1.475,30
80000119	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL	1	R\$ 780,00	R\$ 264,55	R\$ 1.044,55
80000133	EXTERNOS, FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES EXCISÃO E RETALHOS-ROTAÇÃO DE RETALHOS	1/2	R\$ 346,25	R\$ 264,55	R\$ 610,80
80000099	HIDROCELE UNILATERAL-CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 394,58	R\$ 120,25	R\$ 514,83
80000114	LINFADENECTOMIA SUPEFICIAL	1	R\$ 578,00	R\$ 96,20	R\$ 674,20
80000077	EXÉRESE DE CISTO BRANQUIAL	1	R\$ 584,00	R\$ 264,55	R\$ 848,55
80000078	EXÉRESE DE CISTO TIREGLOSSO	1	R\$ 584,00	R\$ 264,55	R\$ 848,55
80000056	APENDICECTOMIA	3	R\$ 1.243,98	R\$ 384,88	R\$ 1.628,86

PACOTES DE CIRURGIAS OTORRINOS

CIRURGIAS		VALORES			
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESP. HOSPITALAR	HONORÁRIOS CIRURGICOS (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE
80000051	ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 346,00	R\$ 111,00	R\$ 457,00
80000050	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 497,00	R\$ 185,00	R\$ 682,00

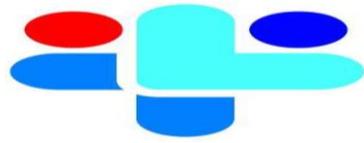
OBS

- Os pacotes incluem: Diárias, aluguéis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos, honorários médicos, SADT.
- Nas cirurgias vídeo laparoscópicas incluem ligas-clips.
- Excluem: órteses, próteses, hemoterapia e Honorários de Anestesiologia.



IASB

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM



IASB
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

1ª CATEGORIA

ANEXO C-1

1ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

1 – DIÁRIAS

8000000011	BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	R\$ 41,58
8000000036	ENFERMARIA	DIA	R\$ 100,00
8000000063	MEIA DIARIA	12h	R\$ 50,00
8000000003	APARTAMENTO	DIA	R\$ 165,00
8000000125	UTI ADULTO	DIA	R\$ 300,00
8000000126	UTI NEONATAL	DIA	R\$ 286,44

2. - TAXAS DE SALA

2.1 - TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO

8000000076	TX DE SALA PORTE 0	USO	R\$ 29,04
8000000077	TX DE SALA PORTE 1	USO	R\$ 70,18
8000000078	TX DE SALA PORTE 2	USO	R\$ 91,96
8000000079	TX DE SALA PORTE 3	USO	R\$ 136,73
8000000080	TX DE SALA PORTE 4	USO	R\$ 156,09
8000000081	TX DE SALA PORTE 5	USO	R\$ 175,45
8000000082	TX DE SALA PORTE 6	USO	R\$ 274,67
8000000083	TX DE SALA PORTE 7	USO	R\$ 336,38
8000000096	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	USO	34,61

2.2 - TAXAS DE INSTALAÇÕES

8000000099	SALA AMBULATORIAL	USO	R\$ 20,57
8000000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 20,57
8000000108	SALA DE QUIMIOTERAPIA	SESSÃO	R\$ 27,83
8000000100	SALA DE DIÁLISE	SESSÃO	R\$ 112,53
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA S/ ACOMPANHAMENTO DE ANESTESISTA	SESSÃO	R\$ 29,04
8000000102	SALA DE ENDOSCOPIA C/ ACOMPANHAMENTO DE ANESTESISTA	SESSÃO	R\$ 70,18
8000000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	R\$ 329,12
8000000094	SALA DE SUTURA	USO	R\$ 12,82
8000000121	TAXA UTILIZAÇÃO DE PRONTO SOCORRO	USO	R\$ 2,50
8000000030	TAXA SALA DE ISOLAMENTO	DIA	R\$ 30,00

ANEXO C-1

1ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

2.3 - TAXA DE SERVIÇOS

8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID.	R\$ 16,94
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID.	R\$ 9,68
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID.	R\$ 7,87
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID.	R\$ 7,87
8000000057	LAVAGEM GÁSTRICA	SESSÃO	R\$ 10,89
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	SESSÃO	R\$ 10,89
8000000047	FOTOTERAPIA	DIA	R\$ 22,39
8000000086	PREPARO ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	UNID.	R\$ 12,10
8000000089	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	UND	R\$ 6,00

2.4 - TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000001	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E COM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 3,99
8000000002	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E SEM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 3,15
8000000014	BISTURI ELÉTRICO FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	R\$ 36,30
8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 24,81
8000000028	DEFIBRILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	SESSÃO	R\$ 12,71
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 112,53
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO-ARTROSCOPIA	USO	R\$ 145,00
8000000044	EQUIPAMENTO DE VIDEO-LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 145,00
8000000000	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA – CORPÓREA 1ª APLICAÇÃO	USO	625,57
8000000026	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA – CORPÓREA DEMAIS APLICAÇÕES	USO	312,18

ANEXO C-1

1ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

2.5 - TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000060	MÁQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA	USO	R\$ 140,36
8000000061	MARCA PASSO EXTERNO TEMPOR. (FORA DA UTI)	DIA	R\$ 27,83
8000000064	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 82,28
8000000066	MONITOR CARDIACO (FORA BLOCO E CTI)	HORA	R\$ 2,24
8000000071	OXICAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	R\$ 42,35
8000000075	OXÍMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 7,26
8000000098	RAIO-X NA SALA CIRURGICA C/ITENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 88,33
8000000090	RESPIRADOR À PRESSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	HORA	R\$ 4,24
8000000091	RESPIRADOR À VOLUME (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	HORA	R\$ 4,24
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	R\$ 27,83
8000000117	TRÉPANO ELÉTRICO	USO	R\$ 27,83

3 – GASOTERAPIA

8000000073	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	R\$ 7,26
8000000074	OXIGÊNIO SOB PRESSÃO	HORA	R\$ 31,46
8000000048	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 39,93
8000000070	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 39,93
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO /OXIDO NITROSO	HORA	R\$ 44,00

ANEXO C-2

1ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000147	VARIZES UNILATERAL	1	R\$ 376,72	R\$ 384,80	R\$ 761,52
80000146	VARIZES BILATERAL	2	R\$ 429,00	R\$ 777,00	R\$ 1.206,00
80000082	FISTULECTOMIA ANAL EM 1 TEMPO	1	R\$ 445,32	R\$ 288,60	R\$ 733,92
80000083	FISTULECTOMIA ANAL EM 2 TEMPOS	2	R\$ 507,69	R\$ 384,80	R\$ 892,49
80000090	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA COM OU SEM EFINCTEROTONIA	1	R\$ 501,46	R\$ 288,60	R\$ 790,06
80000065	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 1.010,39	R\$ 555,00	R\$ 1.565,39
80000063	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 1.330,98	R\$ 666,00	R\$ 1.996,98
80000065	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.041,30	R\$ 825,00	R\$ 1.866,30
80000063	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.400,00	R\$ 999,00	R\$ 2.399,00
80000093	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	2	R\$ 507,69	R\$ 336,70	R\$ 844,39
80000094	HÉRNIA INCISIONAL	2	R\$ 644,91	R\$ 336,70	R\$ 981,61
80000097	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	2	R\$ 429,00	R\$ 384,80	R\$ 813,80
80000095	HÉRNIA INGUINAL BILATERAL	3	R\$ 539,00	R\$ 481,00	R\$ 1.020,00
80000096	HÉRNIA INGUINAL RECIDIVANTE	2	R\$ 713,52	R\$ 481,00	R\$ 1.194,52
80000091	HÉRNIA UMBILICAL	1	R\$ 445,32	R\$ 312,65	R\$ 757,97
80000139	TIREOIDECTOMIA PARCIAL BILATERAL	3	R\$ 928,07	R\$ 503,20	R\$ 1.431,27
80000140	TIREOIDECTOMIA TOTAL	3	R\$ 1.010,39	R\$ 566,10	R\$ 1.576,49
80000112	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA (1 OU 2 PUNÇÕES)	½	R\$ 407,90	R\$ 144,30	R\$ 552,20
80000034	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	0	R\$ 294,38	R\$ 88,80	R\$ 383,18
80000033	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA P/ BIÓPSIA DIRIGIDA, LISE DE SINEQUIAS RET. DE CORPO ESTRANHO	1	R\$ 434,09	R\$ 159,10	R\$ 593,19
80000032	HISTEROSCOPIA CIR. COM RESSEC. P/ MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA METROPLASTIA E ENOMETRDOMIA	1	R\$ 501,46	R\$ 222,00	R\$ 723,46
80000110	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA PARA LISE DE ADERÊNCA CAUTERIZAÇÃO DE FOCOS DE ENDOMETRIOSE, BIOPSIA DE OVARIO OU TUMORAL	1	R\$ 817,05	R\$ 336,70	R\$ 1.153,75
80000111	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA P/ MIOMECTOMIA, SALPINGECTOMIA, OOFORRECTOMIA	2	R\$ 1.042,82	R\$ 408,85	R\$ 1.451,67
80000058	BARTOLINECTOMIA	½	R\$ 232,01	R\$ 96,20	R\$ 328,21

ANEXO C-2

1ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000115	INCONTINÊNCIA URINÁRIA –TRAT. CIRURIGICO VIA ALTA OU BAIXA	3	R\$ 719,75	R\$ 527,25	R\$ 1.247,00
80000108	INCONTINÊNCIA URINÁRIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL	2	R\$ 770,00	R\$ 610,50	R\$ 1.380,50
80000073	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO	½	R\$ 258,21	R\$ 74,00	R\$ 332,21
80000076	EXCISÃO DE PÓLIPO UTERINO	1	R\$ 250,72	R\$ 74,00	R\$ 324,72
80000103	HISTERECTOMIA TOTAL	2	R\$ 856,97	R\$ 555,00	R\$ 1.411,97
80000102	HISTERECTOMIA VAGINAL COM COLPOPERIPLASTIA POSTERIOR	3	R\$ 856,97	R\$ 666,00	R\$ 1.522,97
80000104	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA TOTAL UNI OU BILATERAL ABDOMINAL	2	R\$ 1.095,00	R\$ 721,50	R\$ 1.816,50
80000134	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	2	R\$ 603,75	R\$ 336,70	R\$ 940,45
80000118	OOFORRECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROLASTIA	2	R\$ 603,75	R\$ 336,70	R\$ 940,45
80000072	CURETAGEM PÓS ABORTO	1	R\$ 274,43	R\$ 129,50	R\$ 403,93
80000121	PARTO VIA BAIXA	1	R\$ 385,50	R\$ 370,00	R\$ 755,50
80000060	CESARIANA	2	R\$ 793,50	R\$ 384,80	R\$ 1.178,30
80000079	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DE MAMA	1	R\$ 275,67	R\$ 120,25	R\$ 395,92
80000142	TUMOR OU ADENOMA DE MAMA EXTIRPAÇÃO	1	R\$ 275,67	R\$ 168,35	R\$ 444,02
80000092	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBA TRAT. COM MICROSCOPIA	4	R\$ 1.206,24	R\$ 721,50	R\$ 1.927,74
80000061	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSAS (QUALQUER TECNICA)	½	R\$ 580,04	R\$ 529,10	R\$ 1.109,14
80000138	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL	½	R\$ 256,96	R\$ 148,00	R\$ 404,96
80000137	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA (UNILATERAL)	1	R\$ 301,87	R\$ 148,00	R\$ 449,87
80000136	SEPTO NASAL – SEPTOPLASTIA OU RESEEÇÃO SUBMUCOSA DE KILLAM	1	R\$ 411,64	R\$ 336,70	R\$ 748,34
80000051	ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 288,15	R\$ 111,00	R\$ 399,15
80000052	AMIDALECTOMIA DAS PALATINAS	1	R\$ 343,04	R\$ 166,50	R\$ 509,54
80000050	AMIDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 377,96	R\$ 185,00	R\$ 562,96
80000085	FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO TTO. CIRÚRGICO	2	R\$ 597,51	R\$ 333,00	R\$ 930,51
80000084	FRAT. DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO RED. INCRUENTA	½	R\$ 205,82	R\$ 111,00	R\$ 316,82
80000057	ARTROSCOPIA DO JOELHO PARA CIRURGIA	1	R\$ 851,97	R\$ 388,50	R\$ 1.240,47
80000062	CISTO SINOVIAl RESSECÇÃO	½	R\$ 229,53	R\$ 144,30	R\$ 373,83

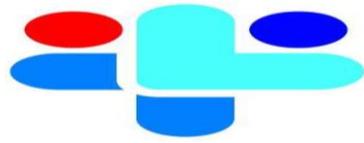
ANEXO C-2

1ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS – INTERNAÇÃO EM ENFERMARIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000081	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICOS INTRA-OSSEOS	½	R\$ 237,01	R\$ 120,25	R\$ 357,26
80000122	PLACAS	1	R\$ 285,66	R\$ 144,30	R\$ 429,96
80000128	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	4	R\$ 1.085,24	R\$ 610,50	R\$ 1.695,74
80000130	RESSECÇÃO ENDOSC. PRÓSTATA	4	R\$ 941,79	R\$ 697,45	R\$ 1.639,24
80000145	VARICOCELE UNILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 323,08	R\$ 144,30	R\$ 467,38
80000144	VARICOCELE BILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 391,69	R\$ 240,50	R\$ 632,19
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA LOCAL	0	R\$ 138,46	R\$ 120,25	R\$ 258,71
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA	½	R\$ 300,62	R\$ 120,25	R\$ 420,87

OBS:

- Os pacotes incluem: Diárias, aluguéis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos, honorários médicos, SADT.
- Nas cirurgias vídeo laparoscópicas incluem ligas-clips.
- Excluem: órteses, próteses, hemoterapia e Honorários de Anestesiologia.



IASB
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

2ª CATEGORIA

ANEXO D-1

2ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

1 – DIÁRIAS

8000000011	BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	R\$ 29,70
8000000036	ENFERMARIA	DIA	R\$ 52,80
8000000003	APARTAMENTO	DIA	-
8000000063	MEIA DIARIA	12h	R\$ 26,40
8000000125	UTI ADULTO	DIA	-
8000000126	UTI NEONATAL	DIA	-
8000000050	HOSPITAL DIA	DIA	R\$ 24,75

2. - TAXAS DE SALA

2.1 - TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO

8000000076	TX DE SALA PORTE 0	USO	R\$ 19,26
8000000077	TX DE SALA PORTE 1	USO	R\$ 45,48
8000000078	TX DE SALA PORTE 2	USO	R\$ 57,78
8000000079	TX DE SALA PORTE 3	USO	R\$ 84,53
8000000080	TX DE SALA PORTE 4	USO	R\$ 88,51
8000000081	TX DE SALA PORTE 5	USO	-
8000000082	TX DE SALA PORTE 6	USO	-
8000000083	TX DE SALA PORTE 7	USO	-
8000000096	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	USO	R\$ 34,61

2.2 - TAXAS DE INSTALAÇÕES

8000000099	SALA AMBULATORIAL – (CIRUR./GESSO)	USO	R\$ 12,84
8000000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 12,84
8000000108	SALA DE QUIMIOTERAPIA	SESSÃO	R\$ 37,99
8000000100	SALA DE DIÁLISE	SESSÃO	-
8000000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	-
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA S/ ACOMPANHAMENTO DE ANESTESISTA	SESSÃO	R\$ 19,26
8000000102	SALA DE ENDOSCOPIA C/ ACOMPANHAMENTO DE ANESTESISTA	SESSÃO	R\$ 45,48
8000000094	SALA DE SUTURA	USO	R\$ 12,82
8000000121	TAXA UTILIZAÇÃO DE PRONTO SOCORRO	USO	R\$ 2,50
8000000030	TAXA SALA DE ISOLAMENTO	DIA	R\$ 15,84

ANEXO D-1

2ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

2.3 - TAXA DE SERVIÇOS

8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID.	R\$ 11,77
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID.	R\$ 8,03
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID.	R\$ 6,42
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID.	R\$ 6,42
8000000057	LAVAGEM GÁSTRICA	SESSÃO	R\$ 9,10
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	SESSÃO	R\$ 9,10
8000000047	FOTOTERAPIA	DIA	R\$ 10,70
8000000086	PREPARO ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	UNID.	R\$ 10,70
8000000089	TAXA DE REFEIÇÃO DE ACOMPANHANTE	UND.	R\$ 6,00

2.4 - TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000001	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E COM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 3,53
8000000002	AEROSOL- COM MEDICAMENTOS E SEM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 2,35
8000000014	BISTURI ELÉTRICO FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	USO	-
8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 19,80
8000000028	DESFIBILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	SESSÃO	R\$ 10,70
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	-
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO-ARTROSCOPIA	USO	-
8000000044	EQUIPAMENTO DE VIDEO-LAPAROSCOPIA	USO	-
8000000000	EQUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA – CORPÓREA 1ª APLICAÇÃO	USO	-
8000000026	QUIP. DE LITOTRIPSIA EXTRA - CORPÓREA DEMAIS APLICAÇÕES	USO	-

ANEXO D-1

2ª CATEGORIA: PREÇOS DE DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES

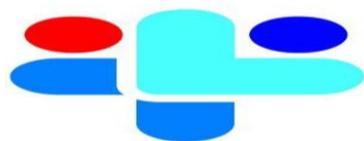
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
--------	-----------	-------	-------------

2.4 - TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000060	MÁQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA	USO	-
8000000061	MARCA PASSO EXTERNO TEMPOR. (FORA DA UTI)	DIA	-
8000000064	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	-
8000000066	MONITOR CARDIACO (FORA BLOCO E CTI)	HORA	R\$ 1,71
8000000071	OXICAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	-
8000000075	OXÍMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	DIA	R\$ 5,89
8000000098	RAIO-X NA SALA CIRURGICA C/ITENSIFICADOR DE IMAGEM	USO	R\$ 70,62
8000000090	RESPIRADOR À PRESSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	HORA	R\$ 3,53
8000000091	RESPIRADOR À VOLUME (FORA DA UTI E CENTRO CIRÚRGICO)	HORA	R\$ 4,53
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	-
8000000117	TRÉPANO ELÉTRICO	USO	-

3 – GASOTERAPIA

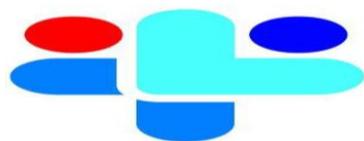
8000000073	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	R\$ 5,89
8000000074	OXIGÊNIO SOB PRESSÃO	HORA	R\$ 27,82
8000000048	GÁS CARBÔNICO	HORA	R\$ 35,31
8000000070	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 27,82
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO /OXIDO NITROSO	HORA	R\$ 41,20



ANEXO D-2

2ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

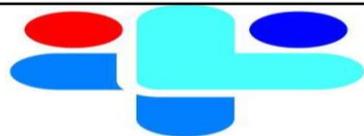
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
0000147	VARIZES UNILATERAL	1	R\$ 351,88	R\$ 384,80	R\$ 736,68
0000146	VARIZES BILATERAL	2	R\$ 424,68	R\$ 777,00	R\$ 1.201,68
0000082	FISTULECTOMIA ANAL EM 1 TEMPO	1	R\$ 418,62	R\$ 288,60	R\$ 707,22
0000083	FISTULECTOMIA ANAL EM 2 TEMPOS	2	R\$ 479,29	R\$ 384,80	R\$ 864,09
0000090	HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA COM OU SEM EFINCTEROTONIA	1	R\$ 473,22	R\$ 288,60	R\$ 761,82
0000065	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 952,50	R\$ 555,00	R\$ 1.507,50
0000063	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA	3	R\$ 1.280,12	R\$ 666,00	R\$ 1.946,12
0000065	COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.041,30	R\$ 825,00	R\$ 1.866,30
0000063	COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA P/ VÍDEO	1	R\$ 1.400,00	R\$ 999,00	R\$ 2.399,00
0000093	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA	2	R\$ 479,29	R\$ 336,70	R\$ 815,99
0000094	HÉRNIA INCISIONAL	2	R\$ 612,76	R\$ 336,70	R\$ 949,46
0000097	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL	2	R\$ 351,88	R\$ 384,80	R\$ 736,68
0000095	HÉRNIA INGUINAL BILATERAL	3	R\$ 505,98	R\$ 481,00	R\$ 986,98
0000096	HÉRNIA INGUINAL RECIDIVANTE	2	R\$ 679,49	R\$ 481,00	R\$ 1.160,49
0000091	HÉRNIA UMBILICAL	1	R\$ 418,62	R\$ 312,65	R\$ 731,27
0000139	TIREOIDECTOMIA PARCIAL BILATERAL	3	R\$ 872,42	R\$ 503,20	R\$ 1.375,62
0000140	TIREOIDECTOMIA TOTAL	3	R\$ 952,50	R\$ 566,10	R\$ 1.518,60
0000112	LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA (1 OU 2 PUNÇÕES)	½	R\$ 389,49	R\$ 144,30	R\$ 533,79
0000034	HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA	0	R\$ 279,08	R\$ 88,80	R\$ 367,88
0000033	HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA P/ BIÓPSIA DIRIGIDA, LISE DE SINEQUIAS RET. DE CORPO ESTRANHO	1	R\$ 414,98	R\$ 159,10	R\$ 574,08
0000032	HISTEROSCOPIA CIR. COM RESSEC. P/ MIOMECTOMIA, POLIPECTOMIA METROPLASTIA E ENOMETRDOMIA	1	R\$ 473,22	R\$ 222,00	R\$ 695,22
0000110	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA PARA LISE DE ADERÊNCA CAUTERIZAÇÃO DE FOCOS DE ENDOMETRIOSE, BIOPSIA DE OVARIO OU TUMORAL	1	R\$ 780,20	R\$ 336,70	R\$ 1.116,90
80000111	LAPAROSCOPIA CIRÚRGICA P/ MIOMECTOMIA, SALPINGECTOMIA, OOFORRECTOMIA	2	R\$ 999,83	R\$ 408,85	R\$ 1.408,68
80000058	BARTOLINECTOMIA	½	R\$ 218,41	R\$ 96,20	R\$ 314,61



ANEXO D-2

2ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000115	INCONTINÊNCIA URINÁRIA –TRAT. CIRURIGICO VIA ALTA OU BAIXA	3	R\$ 527,25	R\$ 1.212,81	R\$ 1.740,06
80000108	INCONTINÊNCIA URINÁRIA C/ RETOCISTOCELE E ROTURA PERINEAL	2	R\$ 610,50	R\$ 1.296,06	R\$ 1.906,56
80000073	CURETAGEM SEMIÓTICA COM OU SEM DILATAÇÃO DE COLO	½	R\$ 74,00	R\$ 317,89	R\$ 391,89
80000076	EXCISÃO DE PÓLIPO UTERINO	1	R\$ 74,00	R\$ 310,61	R\$ 384,61
80000103	HISTERECTOMIA TOTAL	2	R\$ 555,00	R\$ 1.374,03	R\$ 1.929,03
80000102	HISTERECTOMIA VAGINAL COM COLPOPERIPLASTIA POSTERIOR	3	R\$ 666,00	R\$ 1.485,03	R\$ 2.151,03
80000104	HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA TOTAL UNI OU BILATERAL ABDOMINAL	2	R\$ 721,50	R\$ 1.674,00	R\$ 2.395,50
80000134	SALPINGECTOMIA UNI OU BILATERAL	2	R\$ 336,70	R\$ 909,42	R\$ 1.246,12
80000118	OOFORECTOMIA UNI OU BILATERAL OU OOFOROLASTIA	2	R\$ 336,70	R\$ 909,42	R\$ 1.246,12
80000072	CURETAGEM PÓS ABORTO	1	R\$ 129,50	R\$ 389,17	R\$ 518,67
80000121	PARTO VIA BAIXA	1	R\$ 370,00	R\$ 685,48	R\$ 1.055,48
80000060	CESARIANA	2	R\$ 384,80	R\$ 985,42	R\$ 1.370,22
80000079	EXTIRPAÇÃO DE TUMOR DE MAMA	1	R\$ 120,25	R\$ 381,13	R\$ 501,38
80000142	TUMOR OU ADENOMA DE MAMA EXTIRPAÇÃO	1	R\$ 168,35	R\$ 429,23	R\$ 597,58
80000092	HÉRNIA DISCAL DORSAL OU LOMBA TRAT. COM MICROSCOPIA	4	R\$ 721,50	R\$ 1.880,28	R\$ 2.601,78
80000061	CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSAS (QUALQUER TECNICA)	½	R\$ 529,10	R\$ 1.086,05	R\$ 1.615,15
80000138	TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILAÇÃO UNILATERAL	½	R\$ 148,00	R\$ 390,68	R\$ 538,68
80000137	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA (UNILATERAL)	1	R\$ 148,00	R\$ 434,35	R\$ 582,35
80000136	SEPTO NASAL – SEPTOPLASTIA OU RESEEÇÃO SUBMUCOSA DE KILLAM	1	R\$ 336,70	R\$ 722,55	R\$ 1.059,25
80000051	ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 111,00	R\$ 384,01	R\$ 495,01
80000052	AMIDALECTOMIA DAS PALATINAS	1	R\$ 166,50	R\$ 492,90	R\$ 659,40
80000050	AMIDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	1	R\$ 185,00	R\$ 538,09	R\$ 723,09
80000085	FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO TTO. CIRÚRGICO	2	R\$ 333,00	R\$ 899,65	R\$ 1.232,65
00000084	FRAT. DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO RED. INCRUENTA	½	R\$ 192,93	R\$ 111,00	R\$ 303,93
00000057	ARTROSCOPIA DO JOELHO PARA CIRURGIA	1	R\$ 813,57	R\$ 388,50	R\$ 1.202,07
00000062	CISTO SINOVIAL RESSECÇÃO	½	R\$ 215,98	R\$ 144,50	R\$ 360,48



ANEXO D-2

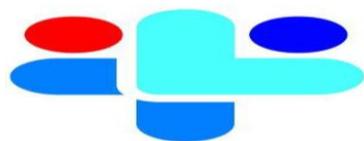
2ª CATEGORIA: PACOTES PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Nº DE DIÁRIAS	DESPESA HOSPITALAR VALOR (R\$)	HONORÁRIOS CIRURGICOS VALOR (R\$)	VALOR TOTAL DO PACOTE VALOR (R\$)
80000081	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICOS INTRA-OSSEOS	½	R\$ 223,27	R\$ 120,25	R\$ 343,52
80000122	PLACAS	1	R\$ 270,58	R\$ 144,30	R\$ 414,88
80000128	PROSTATECTOMIA A CÉU ABERTO	4	R\$ 1.025,31	R\$ 610,50	R\$ 1.635,81
80000130	RESSECÇÃO ENDOSC. PRÓSTATA	4	R\$ 885,77	R\$ 697,45	R\$ 1.583,22
80000145	VARICOCELE UNILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 299,71	R\$ 144,30	R\$ 444,01
80000144	VARICOCELE BILATERAL – CORREÇÃO CIRURGICA	1	R\$ 366,44	R\$ 240,50	R\$ 606,94
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA LOCAL	0	R\$ 127,40	R\$ 120,25	R\$ 247,65
80000125	POSTECTOMIA C/ ANESTESIA	½	R\$ 285,14	R\$ 120,25	R\$ 405,39

OBS:

- Os pacotes incluem: Diárias, aluguéis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos, honorários médicos, SADT.
- Nas cirurgias vídeo laparoscópicas incluem ligas-clips.
- Excluem: órteses, próteses, hemoterapia e Honorários de Anestesiologia.

ANEXOS DIVERSOS



ANEXOS DIVERSOS E-1

HONORÁRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA / HEMODINAMICA

CODIGO	PROCEDIMENTO	DIÁRIAS (R\$)	VALOR (R\$)
80000192	CATETERISMO CARDÍACO	12 HORAS	R\$ 2.100,00
80000055	ANGIOPLASTIA SEM STENT	02 DIÁRIAS 01 UTI 01 Enfermaria	R\$ 7.420,00
80000149	ANGIOPLASTIA COM STENT	3 DIÁRIAS 01 UTI 02 Enfermarias	R\$ 7.560,00
80000267	DEMAIS CIRURGIAS CARDÍACAS*	13 DIÁRIAS 03 UTI 10 (Acomodações)	R\$ 16.000,00

* Excluem-se os Honorários Médicos

Observações:

- Os valores de pacotes de Cateterismo Cardíaco e Angioplastia incluem Honorários Médicos, Diárias, Taxas, Materiais, Medicamentos, exames de imagens e o uso do equipamento Circulação Extracorpórea e /ou Assistida; e excluem os valores de Anestesiologia, Hemoterapia, Laboratório e OPME;
- Os pacotes de angioplastias não incluem stent convencional e farmacológico, cobrados conforme a lista referencial de OPME;
- Nas demais cirurgias cardíacas exclui-se Marca-passo Definitivo, Válvulas Cardíacas, Cateter Presep, Conjunto de Circulação Assistida (Biopump), Filtro de Proteção aórtica (Embol-X), Sensor Flotrac;

HONORÁRIOS MÉDICOS PARA AS DEMAIS CIRURGIAS CARDÍACAS:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
80000009	Troca valvar	R\$ 4.000,00
	Valvuloplastia	
	Ampliação do anel valvar	
	Aneurismectomia de ventrículo esquerdo	
	Revascularização do miocárdio	
	Correção cirúrgica de comunicação interatrial	
	Correção cirúrgica de comunicação interventricular	
	Ampliação de anel valvar, grandes vasos, átrios, ventrículos	
	Ressecção de infundíbulo, de septo, de membranas, de bandas	
	Transposições de vasos e de câmaras	
Redirecionamento do fluxo sanguíneo		

Observações:

- O valor refere-se aos honorários do Cirurgião, Auxiliares e Perfusionista;
- Acrescenta-se 50% do valor do pacote em casos de cirurgia com procedimentos múltiplos;

ANEXO E-2

OFTALMOLOGIA : PROCEDIMENTOS E EXAMES

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000195	FACECTOMIA COM FACOEMULSIFICAÇÃO*	R\$ 1.300,00
8000000128	LENTE INTRA OCULAR	R\$ 500,00
80000196	CIRURGIA VITRO-RETINIANA Procedimentos: Vitrectomia posterior, Introflexão escleral, Endolaser, Infusão de gás expansor, Infusão de perfluorcarbono, Injeção de óleo de silicone, Membranectomia, Retinotomia	R\$ 6.000,00
80000197	PTERÍGIO COM TRANSPLANTE CONJUNTIVAL (POR OLHO)	R\$ 310,00
80000199	INJEÇÃO INTRA OCULAR DE LUCENTIS	R\$ 2.500,00

*LENTE INTRA OCULAR- COD 8000000128- utilizada no procedimento de FACECTOMIA COM FACOEMULSIFICAÇÃO será financiada integralmente pelo usuário, no valor de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**. Somente esta lente poderá ser financiada pelo Instituto.

Os pacotes contemplam: Honorários médicos, taxas, matérias, medicamentos, gasoterapia e terapêutica cirúrgica a nível ambulatorial.

O pacote de cirurgia vitro-retiniana contempla honorários de auxiliar, caso necessário.

Os pacotes não contemplam honorários de anestesista;

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS/EXAMES	VALOR(R\$)
80000053	Angiofluorescência ou Retinografia Fluorescente	R\$ 155,00
80000059	Campo Visual Computadorizado (Campimetria) Monocular	R\$ 29,60
80000109	Isobiometria ou Biometria Ultrassônica (Monocular)	R\$ 74,00
80000113	Laser de Argônio (Por Sessão)	R\$ 185,00
80000117	Microscopia Especular de Córnea (Monocular)	R\$ 129,50
80000141	Topografia do Nervo Óptico (Binocular)	R\$ 92,50
80000148	Capsulectomia (Yag Laser ou cirúrgica)	R\$ 259,00
80000132	Retinografia Simples ou Colorida (Monocular só honorários)	R\$ 22,20
80000143	Ultrassonografia Ocular ou Ecografia	R\$ 55,50
80000271	Biomicroscopia de Fundo	R\$ 120,00
80000200	Tomografia de Coerência óptica – OCT (Monocular)	R\$ 150,00

ANEXO E-3

EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000210	USG MORFOLÓGICA DE 1º TRIMESTRE	R\$ 100,00
80000211	USG MORFOLÓGICA DE 2º TRIMESTRE	R\$ 100,00
80000180	TC de abdome superior	R\$ 260,00
80000181	TC das articulações (externo/clavicular - ombros - cotovelos - punhos, sacro-ilíacas, coxo-femorais, joelhos, pés)	
80000182	TC de coluna cervical, dorsal ou lombar até três segmentos (inter-espacos ou corpos vertebrais)	
80000184	TC de crânio ou órbitas ou sela túrsica	
80000185	TC dinâmica	
80000186	TC de face ou seios da face ou articulações temporomandibulares	
80000187	TC de mastoides ou ouvidos	
80000188	TC da pelve ou bacia	
80000189	TC do pescoço (partes moles - laringe - tireóide ou paratireóide - faringe)	
80000190	TC dos segmentos apendiculares (braços - antebraços - coxas - pernas – mãos)	
80000191	TC do Tórax	
80000304	TC de Abdome total (abdome superior, pelve e retroperitônio)	R\$ 460,00
80000215	ANGIO-TC de (crânio, pescoço, tórax, abdome, superior ou pelve) arterial ou venosa.	R\$ 500,00
80000291	ANGIO-TC pulmonar	
80000217	ANGIO-TC da aorta abdominal	
80000292	ANGIO-TC da aorta torácica	

ANEXO E-3

EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000002	ANGIO-TC das coronárias	R\$ 1.000,00
80000293	ARTRO-TC (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou sacroilíacas ou coxo femoral ou joelho ou tornozelo)- unilateral	R\$ 500,00
80000000	ANGIOGRAFIA DAS CORONÁRIAS	R\$ 900,00
80000162	RNM de crânio	R\$ 450,00
80000163	RNM de coluna cervical	
80000164	RNM de coluna torácica	
80000165	RNM de coluna lombo-sacra	
80000166	RNM de pescoço	
80000167	RNM de plexo braquial (unilateral)	
80000168	RNM de tórax	
80000169	RNM de coração ou aorta com cine	
80000170	RNM de abdome superior	
80000171	RNM de bacia ou pélvis	
80000172	RNM de ATM (bilateral)	
80000173	RNM de ombro (unilateral)	
80000174	RNM de cotovelo ou punho (unilateral)	
80000175	RNM de coxo-femoral (bilateral)	
80000176	RNM de joelho (unilateral)	
80000177	RNM de tornozelo ou pé (unilateral)	
80000178	RNM de segmento apendicular (unilateral)	
80000274	RNM de próstata	R\$ 650,00
80000224	RNM de mama	
80000305	RNM de abdome total	R\$ 650,00
80000294	ANGIO-RNM de abdome superior	R\$ 600,00
80000295	ANGIO-RNM de crânio	
80000296	ANGIO-RNM de membro inferior	
80000297	ANGIO-RNM de membro superior	
80000298	ANGIO-RNM da pelve	

ANEXO E-3

EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000299	ANGIO-RNM do pescoço	R\$ 600,00
80000300	ANGIO-RNM pulmonar	
80000301	ANGIO-RNM da aorta abdominal	R\$ 750,00
80000302	ANGIO-RNM da aorta torácica	R\$ 750,00
80000303	ARTRO-RNM	R\$ 600,00
80000222	AGULHAMENTO POR USG (UNILATERAL)	R\$ 450,00
80000221	AGULHAMENTO POR MAMOGRAFIA (UNILATERAL)	R\$ 450,00

O PACOTE CONTEMPLA:

- Exame
- Taxa de Sala
- Taxa de Recuperação

O PACOTE NÃO CONTEMPLA:

- Anestesiologia (quando necessário)
- Contraste
- Materiais
- Medicamentos

Os materiais, medicamentos e Radio fármacos (contraste) deverão ser cobrados a parte pelo credenciado, através da numeração da guia autorizativa ou da guia operadora dos ofícios que autorizam a realização dos procedimentos. Tal cobrança deverá observar as tabelas utilizadas pelo Instituto, quais sejam, SIMPRO e BRASINDICE.

OBS.: Os exames de Tomografias Computadorizadas e Ressonâncias Magnéticas são cobertos pelo PABSS, até a quantidade de duas por ano. E, os exames de Ultrassonografias até a quantidade de três por ano. Ultrapassado esses limites, e nos demais exames, somente deve ser realizada com autorização mediante ofício do Departamento de Assistência e da Presidência, tendo em vista a necessidade de financiamento integral pelo usuário.

ANEXO E-4

PACOTE ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA/ COLONOSCOPIA/COLPOSCOPIA/MANOMETRIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Valor (R\$)
80000260	Endoscopia digestiva alta	R\$ 165,00
80000261	Biopsia da Endoscopia	R\$ 18,50
80000161	Endoscopia/Biopsia /Teste da uréase	R\$ 192,50
80000262	Colonoscopia	R\$ 350,00
80000159	Biopsia da Colonoscopia	R\$ 18,50
80000019	Colposcopia	R\$ 22,20
80000018	Colposcopia c/ biopsia	R\$ 70,00

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	Valor (R\$)
80000150	BRONCOSCOPIA RÍGIDA PARA DIAGNÓSTICO, COLHEITA DE MATERIAL E/OU BIÓPSIA	R\$ 300,00
80000151	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 300,00
80000152	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM RETIRADA DE PAPILOMA	R\$ 300,00
80000153	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL COM BIÓPSIA TRANSBRÔNQUICA	R\$ 300,00
80000154	BRONCOSCOPIA RÍGIDA COM DILATAÇÃO PARA ESTENOSE (POR SESSÃO)	R\$ 300,00
80000155	BRONCOGRAFIA POR HEMITÓRAX	R\$ 300,00
80000156	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL PARA DIAGNÓSTICO, COLHEITA DE MATERIAL E/OU BIÓPSIA	R\$ 300,00
80000157	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 300,00
80000158	BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL COM LAVADO BRONCOALVEOLAR	R\$ 300,00
80000203	MANOMETRIA ANORETAL	R\$ 300,00
80000204	MANOMETRIA ESOFÁGICA	R\$ 300,00

OBS.: Nos valores dos pacotes estão inclusos: Honorários médicos, taxa de sala, materiais e medicamentos. No valor de Broncoscopia estão inclusos somente honorários médicos. Despesas de acomodação hospitalar, taxa de sala, materiais e medicamentos, serão faturados à parte pelo Hospital.

ANEXO E-5

PACOTE PARA HEMODIÁLISE AMBULATORIAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
80000042	Sessão de Hemodiálise (cada)	R\$ 450,00

A sessão de Hemodiálise CONTEMPLA:

- Taxa de Sala;
- Mat/Med;
- Honorários.

O procedimento é coberto pelo PABSS, no máximo 05 sessões anuais por paciente. A liberação é através de guia de autorização.

OBS: O material de OPME (Cateter duplo lúmem) é financiado integral pelo usuário.

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	VALOR (R\$)
8000000408	CATETER DUPLO LUMEN	R\$ 500,00

ANEXOS DIVERSOS E-6

PACOTE PARA PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

A) EXAMES PRÉ-TRANSFUSIONAIS – VÍNCULO BOLSA x RECEPTOR:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000230	Tipagem Sanguínea (ABO, RhD) – bolsa e receptor	R\$ 7,80
80000231	Pesquisa de Anticorpos Anti-A e B	R\$ 12,00
80000232	Pesquisa de Anticorpos Séricos Irregulares	R\$ 10,40
80000233	Prova de Compatibilidade	R\$ 7,80
80000229	Transfusão (ato/unidade)	R\$ 7,80
80000234	Taxa de Utilização de Descartáveis por transfusão	R\$ 5,20
80000236	Coombs Direto	R\$ 5,20
80000194	Auto Controle	R\$ 7,80
80000283	Fenotipagem de 02 sistemas sanguíneos (RhD e Kell)	R\$ 45,00
80000284	Fenotipagem de 03 ou mais sistemas sanguíneos	R\$ 65,00

B) PACOTES TRANSFUSIONAIS POR UNIDADE:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
80000070	Unidade de Concentrado de Hemácias	R\$ 184,55
80000285	Unidade de Concentrado de Hemácias Pobre em Leucócitos	R\$ 200,00
80000123	Unidade de Plasma	R\$ 184,24
80000068	Unidade de Plaquetas – Randômicas / Pool	R\$ 188,95
80000071	Unidade de Crioprecipitado de Fator Anti-Hemofílico	R\$ 184,24
80000286	Unidade de Granulócitos (Aférese)	R\$ 1.060,93
80000287	Unidade de Plasma por Aférese	R\$ 1.060,93
80000069	Unidade de Plaquetas por Aférese	R\$ 1.656,43
80000135	Sangria Terapêutica	R\$ 33,60

ANEXOS DIVERSOS E-6

PACOTE PARA PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS

C) PROCEDIMENTOS ESPECIAIS DE HEMOTERAPIA:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000015	Deleucotização de Concentrado de Hemácias	R\$ 130,00
80000288	Deleucotização de CP – até 06 unidades	R\$ 130,00
80000289	Deleucotização de CP – de 7 a 12 unidades	R\$ 130,00
80000016	Irradiação de Hemocomponentes	R\$ 20,00
80000290	Lavagem de Hemocomponentes	R\$ 20,00

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS:

- As transfusões devem ser solicitadas EXCLUSIVAMENTE pelo médico assistente e atender as exigências previstas na Portaria GM/MS n. 2712 de 11 de novembro de 2013, na Resolução ANVISA n. 34, 11 de junho de 2014 e outras normas correlatas, bem como em suas atualizações;

- A Indicação Clínica, Proposta Cirúrgica e Justificativa Transfusional para uso de hemocomponentes e procedimentos especiais deverão seguir as recomendações contidas no Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápico e nas Boas Práticas no Ciclo do Sangue, assim como nas RDC ANVISA n. 129/2004 – Diretrizes para Transfusão de Plaquetas; RDC ANVISA n. 10/2004 – Diretrizes para o Uso de Plasma Fresco; RDC ANVISA n. 23/2002 – Diretrizes para o uso de Crioprecipitado;

- Reserva de Hemocomponentes (código: 80000089) inclui os procedimentos previstos no item A deste anexo e deverão ser cobrados separadamente, discriminando os que foram executados pelo prestador credenciado;

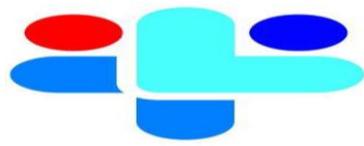
ANEXOS DIVERSOS E-7

PACOTE DE PROCEDIMENTOS DE UROLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
80000047	URODINÂMICA COMPLETA	R\$ 250,00
80000039	NEFROLITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	R\$ 1.400,00

OBS: Os pacotes contemplam:

- Honorários
- Materiais
- Medicamentos
- Oxigênio
- Taxa



IASB
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

ANEXO E-8

HONORÁRIOS DE ANESTESIOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
00010014	CONSULTA MÉDICA ANESTESISTA	R\$ 50,00
	COEFICIENTE DE HONORÁRIOS MÉDICOS	CH-0,45

OBS: Os honorários médicos serão pagos conforme o porte anestésico presente na tabela AMB/92.

ANEXO E-9

PACOTE PARA TRATAMENTO SEQUENCIAL

CÓDIGO	PROCEDIMENTO – SESSÃO	VALOR (R\$)
80000249	ACUPUNTURA	R\$ 40,00
80000268	FONOTERAPIA	R\$ 24,00
80000225	HIPERBÁRICA	R\$ 350,00
80000248	RPG	R\$ 28,00

OBS: Sessões de Fisioterapia serão cobradas de acordo com tabela AMB/92.

ANEXO E-10

REMOÇÃO EM AMBULÂNCIA

CÓDIGO	TIPO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)	EXCEDENTES
80000422	Remoção Simples	Ambulância simples com acompanhamento de 01 (um) motorista, e 01 (um) técnico de enfermagem responsável pelo material e insumos até 01 (uma) hora.	01 (um) trecho de até 50 km	R\$ 198,00	Valor por Km excedente: R\$ 2,75
80000375	Remoção Suporte Avançado	Ambulância UTI ou UTI Neonatal com acompanhamento de 01 (um) motorista, 01 (um) técnico de enfermagem responsável pelo material e 01 médico até 01 (uma) hora. Incluso materiais, medicamentos e oxigênio.	01 (um) trecho de até 50 km	R\$ 473,00	Valor por Km excedente: R\$ 4,02
80000423	Remoção Psiquiátrica	Ambulância Psiquiátrica com acompanhamento de 01 (um) motorista e 01 (um) técnico de enfermagem responsável pelo material e insumos. Incluso materiais, medicamentos e oxigênio.	01 (um) trecho de até 50 km	R\$ 455,00	Valor por Km excedente: R\$ 4,02

REMOÇÃO DE PACIENTES ESPECIAIS					
CÓDIGO	TIPO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)	EXCEDENTES
80000424	Transporte Adaptado	Transporte e remoção básica, realizado em veículo adaptado com plataforma automática, para atender, em especial usuários de cadeira de rodas e com dificuldades de locomoção.	01 (um) Trecho de até 50 Km	R\$ 135,00	Valor por Km excedente: R\$ 2,10

1 - Tipo de Veículo: Transporte adaptado com plataforma automática para deslocamento de usuários de cadeira de rodas e com dificuldades de locomoção.

2 - Descrição: Veículo destinado ao transporte de segurados sentados, em especial usuários de cadeira de rodas, que não apresentem risco de vida, para remoções simples e de caráter efetivo, devendo ser tripulado por uma pessoa (um motorista), disponibilizado pela contratada.

3 - Unidade de Medida: por Km rodado.

OBS: A remoção dos pacientes especiais serão acionadas pelo IASB, quando houver necessidade do segurado.

ANEXO E-11

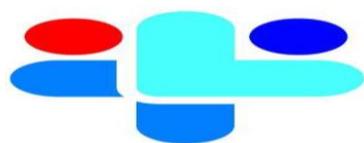
TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
21.01	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA (PROCEDIMENTOS)	
21.01.001-3	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO PER OPERATÓRIO COM DESLOCAMENTO DA PEÇA AO LABORATÓRIO	R\$ 67,61
21.01.002-1	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO POR BIÓPSIA OU CELL BLOCK	R\$ 43,01
21.01.004-8	EXAME CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS (ASCÍTICO, PLEURAL, URINA, ESCARRO, ETC...) E RASPADOS OU "IMPRINT" DE LESÕES (BOCA, OLHO, URETRA, VULVA, ENDOMÉTRIO)	R\$ 30,73
21.01.005-6	EXAME CITOPATOLÓGICO EXO-ENDOCERVICAL E VAGINAL ONCÓTICO E MICROFLORA	R\$ 21,50
21.01.006-4	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO – MÍNIMO DE 3 COLHEITAS.	R\$ 43,01
21.01.007-2	NECRÓPSIA DE ADULTOS E CRIANÇAS	R\$ 338,09
21.01.008-0	NECRÓPSIA DE FETO	R\$ 211,46
21.01.009-9	REVISÃO DE LÂMINA	R\$ 43,01
21.01.014-5	EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL ISOLADO	R\$ 19,94
21.01.015-3	IMUNOPEROXIDASE – PARA ANTICORPO PRIMÁRIO (POR ANTICORPO ATÉ 2 ANTICORPOS)	R\$ 122,86
21.01.016-1	ATO DA COLETA DE PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA, DESESTRUTURAS CUTÂNEAS (CISTO EPDERMICO)	R\$ 21,06
21.01.017-0	ATO DA PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA, DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (MAMA, TIREÓIDE, ETC...)	R\$ 31,65
21.01.018-8	ATO DA COLETA PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA, DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS (TÓRAX, ABDOMINAL, OSSO, ETC...)	R\$ 58,09
21.01.019-6	HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR – PESQUISA DE UMA ÚNICA SEQUÊNCIA GÊNICA	R\$ 172,93
21.01.020-0	PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR COM PESQUISA DE MÚLTIPLAS SEQUÊNCIAS GÊNICAS	R\$ 368,82
21.01.021-8	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUÍMICA (IMUNOPEROXIDASE E IMUNOFLUORESCÊNCIA) PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIAS	R\$ 450,00
21.01.022-6	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUÍMICA (IMUNOPEROXIDASE E IMUNOFLUORESCÊNCIA) P/ DETERMINAÇÃO DE PROGNÓSTICO DE NEOPLASIA	R\$ 333,76
21.01.023-4	PAINEL DE IMUNO-HISTOQUÍMICA (IMUNOPEROXIDASE E IMUNOFLUORESCÊNCIA) PARA PESQUISAS DE DOENÇAS INFECCIOSAS E AUTO-IMUNES	R\$ 333,76
21.01.024-2	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO PER OPERATÓRIO COM ACOMPANHAMENTO DO PATOLOGISTA EM SALA CIRURGICA	R\$ 116,14

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

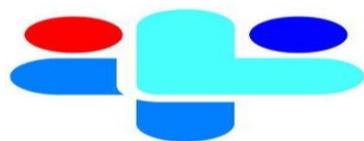
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
21.01.025-0	ATO DA COLETA PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA, DE ÓRGÃOS, ESTRUTURAS SUPERFICIAIS OU PROFUNDAS, QUANDO REALIZADO EM NÓDULO OU MASSA NÃO PALPÁVEL, COM AUXÍLIO DE APARELHOS IMAGEM (ULTRA-SOM, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, ETC...)	R\$ 118,38
21.01.026-9	IMUNOPEROXIDASE PARA ANTICORPO PRIMÁRIO (POR MATERIAL PARA 3 ANTICORPOS OU MAIS)	R\$ 341,26
21.01.028-5	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO DE PEÇA CIRURGICA SIMPLES	R\$ 64,46
21.01.029-3	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO DE PEÇA CIRURGICA COMPLEXA	R\$ 76,80
21.01.035-0	COLORAÇÃO ESPECIAL (H.PILORY)	R\$ 20,26
28.01	BIOQUÍMICA	
28.01.002-7	ÁCIDO ASCORBICO	R\$ 3,92
28.01.003-5	ÁCIDO CÍTRICO	R\$ 25,00
28.01.005-1	ÁCIDO 2-3- DIFOSFOGLICÉRIO	R\$ 5,60
28.01.006-0	ÁCIDO FÓLICO	R\$ 23,80
28.01.007-8	ÁCIDO GLIOXÍLICO	R\$ 8,40
28.01.008-6	ÁCIDOS GAXOS ESTETIFICADOS	R\$ 4,20
28.01.009-4	ÁCIDOS GRAXOS NÃO ESTETIFICADOS	R\$ 4,20
28.01.011-6	ÁCIDO LÁTICO *	R\$ 10,16
28.01.013-2	ÁCIDO OXÁLICO *	R\$ 10,16
28.01.014-0	ÁCIDO PIRÚVICO	R\$ 9,33
28.01.015-9	ÁCIDO SIÁLICO	R\$ 8,40
28.01.017-5	ACIDO ÚRICO	R\$ 3,92
28.01.018-3	ÁCIDO VALPRÓICO	R\$ 42,00
28.01.020-5	ALDOLASE	R\$ 7,56
28.01.021-3	ALFA-FETO-PROTEÍNA	R\$ 35,00
28.01.022-1	ALFA-1- ANTITRIPSINA	R\$ 13,54
28.01.023-0	ALFA – 1 – GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$ 13,54
28.01.024-8	ALFA – 2 - MACROGLOBULINA	R\$ 13,54
28.01.025-6	AMILASE	R\$ 3,92
28.01.026-4	AMÔNIA	R\$ 10,16
28.01.027-2	BETA GLICURONIDASE	R\$ 4,76
28.01.029-9	BILIRRUBINAS TOTAL DIRETA E INDIRETA	R\$ 4,20
28.01.032-9	CALCIO	R\$ 3,92
28.01.033-7	CALCIO IÔNICO	R\$ 11,20
28.01.034-5	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO E FERRO	R\$ 5,10



28.01.035-3	CARBAMAZEPINA	R\$ 42,00
-------------	---------------	-----------

ANEXO E-11
TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

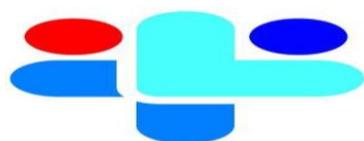
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.01.036-1	BETA CAROTENO	R\$ 6,72
28.01.037-0	CERULOPLASMINA	R\$ 12,70
28.01.039-6	CISTINA	R\$ 6,72
28.01.040-0	CLEARENCE DE ÁCIDO ÚRICO	R\$ 7,00
28.01.041-8	CLEARENCE DE ÁGUA LIVRE	R\$ 7,00
28.01.042-6	CLEARENCE DE CREATININA	R\$ 7,69
28.01.043-4	CLEARENCE DE FOSFATO	R\$ 7,00
28.01.044-2	CLEARENCE OSMOLAR	R\$ 7,00
28.01.045-0	CLEARENCE DE UREIA	R\$ 7,00
28.01.046-9	COLORO	R\$ 3,92
28.01.047-7	COLORO HEMÁTICO	R\$ 8,40
28.01.049-3	COLESTEROL HDL *	R\$ 10,95
28.01.050-7	COLESTEROL TOTAL	R\$ 3,92
28.01.053-1	CREATINA	R\$ 5,60
28.01.054-0	CREATININA	R\$ 3,92
28.01.055-8	CREATINO FOSFOQUINASE (CPK)	R\$ 14,00
28.01.056-6	CREATINO FOSFOQUINASE – FRAÇÃO MB (CK – MB)	R\$ 28,00
28.01.058-2	CURVA GLICÊMICA CLASSICA ORAL OU ENDOVENOSA (05 DOSES)	R\$ 21,00
28.01.060-4	CURVA GLICÊMICA VIA ORAL OU ENDOVENOSA (04 DOSAGENS)	R\$ 18,20
28.01.062-0	DESIDROGENASE ALFA – HIDROXIBUTIRICA	R\$ 11,20
28.01.063-9	DESIDROGENASE GLUTAMICA	R\$ 11,20
28.01.064-7	DESIDROGENASE ISOCÍTRICA	R\$ 11,20
28.01.065-5	DESIDROGENASE LÁCTICA (DHL)	R\$ 8,40
28.01.066-3	DESIDROGENASE LÁCTICA – ISOENZIMAS FRACIONADAS	R\$ 28,00
28.01.067-1	DIAZEPAN E SIMILARES	R\$ 58,46
28.01.068-0	DIGITOXINA	R\$ 42,00
28.01.070-1	PROVA DA D – XILOSE (COM FORNECIMENTO DE MATERIAL)	R\$ 70,00
28.01.071-0	ELETROFORESE DE GLICOPROTEÍNAS	R\$ 20,38
28.01.072-8	ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS	R\$ 20,38
28.01.073-6	ELETROFORESE DE PROTEÍNAS (PROTEINOGRAMA)	R\$ 15,09
28.01.074-4	ETOSUXIMIDA	R\$ 42,00
28.01.075-2	FENITOÍNA	R\$ 42,00
28.01.076-0	FENOBARBITAL	R\$ 42,00
28.01.079-5	FERRITINA	R\$ 35,00
28.01.080-9	FERRO SERICO	R\$ 5,04
28.01.081-7	FORMALDEÍDO	R\$ 50,00



28.01.082-5	FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	R\$ 5,04
28.01.083-3	FOSFATASE ÁCIDA FRAÇÃO PROSTÁTICA	R\$ 7,93

ANEXO E-11
TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.01.084-1	FOSFATASE ÁCIDA PROSTÁTICA	R\$ 18,26
28.01.085-0	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 5,04
28.01.086-8	FOSFATASE ALCALINA ÓSSEA	R\$ 89,60
28.01.087-6	FOSFATASE ALCALINA TERMO ESTÁVEL	R\$ 5,60
28.01.088-4	FOSFOLIPÍDIOS	R\$ 4,20
28.08.089-2	FÓSFORO	R\$ 3,92
28.01.090-6	FÓSFORO, PROVA DE REABSORÇÃO TUBULAR	R\$ 5,60
28.01.091-4	FRUTOSE	R\$ 6,47
28.01.092-2	GALACTOSE	R\$ 14,88
28.01.095-7	GAMA – GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 5,60
28.01.096-5	GASOMETRIA (PH, PCO2, AS, O2, EXCESSO BASE)	R\$ 18,76
28.01.097-3	GLICOSE	R\$ 3,92
28.01.098-1	GLICOSE – 6 – FOSFATO DEHIDROGENASE (G6PD)	R\$ 8,40
28.01.101-5	HAPTOGLOBINA	R\$ 16,00
28.01.102-3	HEMOGLOBINA GLICOSILADA	R\$ 14,09
28.01.103-1	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA LIVRE	R\$ 5,60
28.01.104-0	HIDROXIPROLINA	R\$ 11,20
28.01.105-8	ISOMERASE FOSFOHEXOSE	R\$ 7,56
28.01.107-4	LEUCINO AMINOPEPTIDASE	R\$ 5,60
28.01.108-2	LIPASE	R\$ 4,82
28.01.109-0	LIPÍDIOS TOTAIS	R\$ 2,80
28.01.110-4	LIPIDOGRAMA COMPLETO	R\$ 19,60
28.01.111-2	LITIO	R\$ 5,60
28.01.112-0	MAGNESIO	R\$ 4,48
28.01.113-9	MUCOPROTEÍNAS	R\$ 4,20
28.01.115-5	NITROGÊNIO AMONIACAL	R\$ 25,00
28.01.116-3	NITROGÊNIO TOTAL	R\$ 7,56
28.01.117-1	CINCO NUCLEOTIDASE	R\$ 85,00
28.01.120-1	PORFIRINAS QUANTITATIVAS, CADA	R\$ 5,04
28.01.121-0	POTASSIO	R\$ 5,35
28.01.122-8	POTASSIO HEMÁTICO	R\$ 3,92
28.01.123-6	PRIMIDONA	R\$ 42,00
28.01.124-4	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (ALBUMINAS E GLOBUMINAS)	R\$ 4,20
28.01.125-2	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 3,92
28.01.127-9	SÓDIO	R\$ 3,92
28.01.128-7	SÓDIO HEMÁTICO	R\$ 3,92
28.01.131-7	SULFONAMIDAS LIVRE E ACETILADA (% DE ACETILAÇÃO)	R\$ 5,04
28.01.132-5	TESTE DE TOLERÂNCIA À INSULINA OU HIPOGLICEMIANTES (6 DOS)	R\$ 25,20
28.01.133-3	TEOFILINA	R\$ 42,00



28.01.136-8	TRANSAMINASE OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 3,92
28.01.137-6	TRANSAMINASE PIRÚVICA (TGP)	R\$ 3,92

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

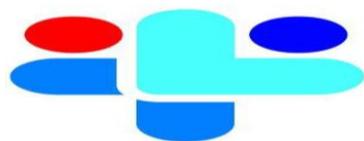
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.01.138-4	TRANSFERRINA	R\$ 16,80
28.01.139-2	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 5,60
28.01.141-4	URÉIA	R\$ 3,81
28.01.142-2	UROBILINOGÊNIO	R\$ 2,80
28.01.144-9	VITAMINA B12, DOSAGEM	R\$ 23,80
28.01.148-1	ÁCIDO FENILPIRÚVICO OU FENILANINA (SANGUE) DOSAGEM	R\$ 14,00
28.01.150-3	ANTIBIÓTICOS (GENTAMICINA, AMOXACILINA OU OUTROS) CADA	R\$ 44,69
28.01.151-1	COLESTEROL LDL	R\$ 11,20
28.01.152-0	COLESTEROL VLDL	R\$ 8,40
28.01.153-8	CURVA GLICÊMICA PROLONGADA VIA ORAL, ENDOVENOSA	R\$ 28,00
28.01.155-4	FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS)	R\$ 12,60
28.01.156-2	GLICEMIA PÓS SOBRECARGA C/ DEXTROSOL	R\$ 8,40
28.01.157-0	LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 24,82
28.01.158-9	MALTOSE, TESTE DE TOLERANCIA	R\$ 22,40
28.01.159-7	MUCOPOLISSACARIDOSE, PESQUISA	R\$ 5,60
28.01.160-0	PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 3,92
28.01.161-9	SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA	R\$ 22,40
28.01.162-7	TÁLIO, DOSAGEM	R\$ 28,00
28.01.164-3	OCITOCINASE, DOSAGEM	R\$ 8,40
28.01.166-0	CLONAZEPAN, CICLOSPORINA , METHOTREXATE – CADA	R\$ 84,00
28.01.167-8	APOLIPOPROTEÍNA A OU B LIPOPROTEÍNA A (LP A) E OUTRAS, POR TUBIDIMETRIA CINÉTICA, NEFELOMETRIA – CADA	R\$ 22,40
28.01.169-4	ENOLASE	R\$ 62,05
28.01.170-8	MIOGLOBINA	R\$ 22,80
28.01.171-6	TRIPSINA IMUNO – REATIVA (IRT)	R\$ 21,73
28.01.172-4	VITAMINA A, DOSAGEM	R\$ 87,66
28.01.179-1	TROPONINA	R\$ 37,14
28.02	ESPERMA	
28.02.001-4	ANICORPO ANTI – ESPERMATOZÓIDE, PESQUISA	R\$ 8,40
28.02.002-2	ESPERMOGRAMA (CARAC. FISICOS, PH, FLUIDIFICAÇÃO)	R\$ 45,00
28.02.004-9	TESTE DE AGLUTINAÇÃO EM GELATINA OU TESTE KIBRICK	R\$ 5,60
28.02.005-7	TESTE DE AGLUTINAÇÃO EM TUBO, LÂMINA OU FRANKLIN DUKES	R\$ 5,60
28.02.006-5	TESTE DE IMOBILIZAÇÃO OU ISOJIMA	R\$ 5,60
28.02.007-3	ANTICORPO ANTI – ESPERMATOZOIDE, ELISA	R\$ 22,40
28.02.008-1	ESPERMOGRAMA DE TESTE DE PENETRAÇÃO “INVITRO”	R\$ 20,97
28.02.009-0	JADRESSIC MAIRA	R\$ 3,92
28.02.010-3	PERCOIL – TESTE	R\$ 24,60

28.02.011-1	SWIM – UP	R\$ 24,60
28.02.012-0	TESTE – MAR	R\$ 57,64

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATÓRIAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.03	FEZES	
28.03.001-0	COPROLOGICO DE FEZES	R\$ 14,00
28.03.002-8	DIGESTIBILIDADE (MACRO E MICROSCOPIA)	R\$ 5,60
28.03.003-6	ENZIMAS PROTEOLÍTICAS, INVESTIGAÇÃO	R\$ 3,08
28.03.004-4	EOSINÓFILOS NAS FEZES, PESQUISA	R\$ 2,80
28.03.005-2	ESTERCOBILINOGÊNIO FECAL, DOSAGEM	R\$ 3,92
28.03.006-0	GORDURA FECAL, DOSAGEM	R\$ 5,60
28.03.008-7	HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQ. DE PROTOZOÁRIOS	R\$ 3,92
28.03.009-5	IDENTIFICAÇÃO DE HELMINTOS, EXAME DE FRAGMENTOS	R\$ 2,80
28.03.010-9	LARVAS (MÉTODO DE BAERMANN OU RUGAI), PESQUISA	R\$ 2,80
28.03.011-7	LEUCÓCITOS FECAIS, PESQUISA	R\$ 2,80
28.03.012-5	LEVEDURAS, PESQUISA	R\$ 2,80
28.03.013-3	OXIURUS COM COLHEITA PELO SWAB ANAL, PESQUISA	R\$ 4,20
28.03.014-1	PARASITOLÓGICO MÍNIMO 3 MÉTODOS	R\$ 5,60
28.03.015-0	PARASITOLÓGICO, COLHEITA MULTIPLA COM FORN.DE LIQIDO	R\$ 5,60
28.03.016-8	NITROGÊNIO FECAL, DOSAGEM	R\$ 5,60
28.03.017-6	SANGUE OCULTO, PESQUISA	R\$ 5,02
28.03.018-4	ESQUISTOSSOMA, PESQUISA OVOS EM FRAG. MUCOSA	R\$ 7,00
28.03.020-6	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTÃO DA GELATINA)	R\$ 3,92
28.03.021-4	ALFA 1- ANTITRIPSINA, CLEARENCE FECAL	R\$ 25,20
28.03.022-2	ALFA 1- ANTITRIPSINA, DOSAGEM	R\$ 70,00
28.03.023-0	OOGAMA NAS FEZES	R\$ 5,60
28.03.024-9	SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 2,80
28.04	HEMATOLOGIA	
28.04.001-5	ADENOGRAMA (NÃO INCLUI HEMOGRAMA)	R\$ 22,40
28.04.002-3	ANTI – COAGULANTE CIRCULANTE	R\$ 9,24
28.04.003-1	ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS,	R\$ 26,04
28.04.004-0	ANTI – CORPO ANTI A e B	R\$ 11,20
28.04.005-8	ANTICORPOS IRREGULARES PELO MÉTODO ELUIÇÃO	R\$ 37,80
28.04.006-6	ANTICORPOS SÉRICOS IRREGULARES A FRIO	R\$ 11,20
28.04.007-4	ANTICORPOS SÉRICOS IRREG. C/ PAINEL DE HEMÁCIAS	R\$ 37,24
28.04.008-2	ANTICORPOS IRREG. PESQUISA (MEIO SALINO)	R\$ 11,20
28.04.009-0	ANTI – TROMBINA III, DOSAGEM	R\$ 25,00
28.04.011-2	CELULAS LE	R\$ 5,60

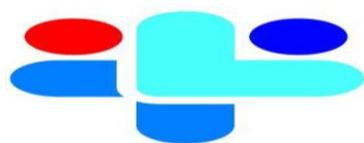


28.04.012-0	CITOQUÍMICA P/ CLASSIF. LEUCEMIA: ESTERASE, FOSFATASE	R\$ 14,00
28.04.013-9	COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LAÇO, RET. DO COÁGULO)	R\$ 16,80

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATÓRIAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.04.014-7	CONSUMO DE PROTROMBINA	R\$ 8,40
28.04.015-5	COOMBS DIRETO	R\$ 5,60
28.04.016-3	ENZIMA ERITROCITÁRIA (ADENILATOQUINASE)	R\$ 7,56
28.04.017-1	ENZIMAS ERITROCITÁRIAS, RASTEIO P/ DEFICIÊNCIA	R\$ 7,56
28.04.018-0	ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	R\$ 5,60
28.04.019-8	FALCIZAÇÃO, TESTE	R\$ 2,80
28.04.020-1	FATOR II, DOSAGEM	R\$ 26,67
28.04.021-0	FATOR V, DOSAGEM	R\$ 26,67
28.04.022-8	FATOR X, DOSAGEM	R\$ 36,34
28.04.024-4	FATOR VIII, DOSAGEM DO ANTÍGENO	R\$ 36,34
28.04.025-2	FATOR VIII, DOSAGEM DO INIBIDOR	R\$ 36,34
28.04.030-9	FATOR PLAQUETÁRIO, 04 DOSAGENS	R\$ 14,84
28.04.031-7	FATOR RH (INCLUINDO DU QUANDO NECESSÁRIO)	R\$ 4,20
28.04.032-5	FENOTIPAGEM DO SISTEMA RH – HR (ANTI RHO (D)	R\$ 18,76
28.04.033-3	FIBRINOGENIO, DOSAGEM	R\$ 6,05
28.04.034-1	FILÁRIA, PESQUISA	R\$ 3,92
28.04.035-0	GRUPO SANGUINEO ABO (INCLUI DU)	R\$ 4,20
28.04.036-8	HAM, TESTE DE (HEMÓLISE ÁCIDA)	R\$ 5,60
28.04.037-6	HEINZ, PESQUISA DE CORPÚSCULOS	R\$ 2,80
28.04.038-4	HEMÁCIAS, CONTAGEM	R\$ 2,80
28.04.039-2	HEMÁCIAS FETAIS, PESQUISA	R\$ 3,92
28.04.040-6	HEMÁCIAS, TEMPO DE SOBREVIDA	R\$ 14,00
28.04.041-0	HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DE	R\$ 2,80
28.04.042-2	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 2,80
28.04.043-0	HEMOGLOBINA, ELETROFORESE OU ACETATO DE CELULOSE	R\$ 19,04
28.04.044-9	HEMOGLOBINA, ESPECTROSCOPIA	R\$ 7,56
28.04.045-7	HEMOGLOBINA, INSTABILIDADE A 37 GRAUS	R\$ 4,20
28.04.046-5	HEMOGLOBINA	R\$ 2,80
28.04.047-3	HEMOGLOBINA FETAL, DESNATURAÇÃO ALCALINA	R\$ 3,92
28.04.048-1	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROG + AVALIAÇÃO DE PLAQ.)	R\$ 8,40
28.04.049-0	HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 2,80
28.04.050-3	HEMOSSIDERINA SIDERÓCITOS, SANGUE OU URINA	R\$ 2,80
28.04.051-1	HEPARINA, DOSAGEM	R\$ 14,84
28.04.052-0	LEUCÓCITOS, CONTAGEM	R\$ 2,80
28.04.053-8	LEUCOGRAMA	R\$ 5,60
28.04.055-4	MIELOGRAMA	R\$ 185,00
28.04.056-2	PLAQUETAS, CONTAGEM	R\$ 2,80

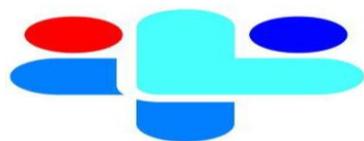


28.04.057-0	PLAQUETAS, TESTE DE ADESIVIDADE	R\$ 14,84
28.04.058-9	PLAQUETAS, TESTE DE AGREGAÇÃO	R\$ 18,48

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.04.059-7	PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM	R\$ 7,56
28.04.060-0	PLASMÓDIO, PESQUISA	R\$ 3,92
28.04.061-9	PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA	R\$ 14,00
28.04.062-7	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ FUNCIONAL	R\$ 4,48
28.04.063-5	PROVA CRUZADA PRÉ TRANSFUSIONAL	R\$ 2,80
28.04.064-3	PROVA DO LAÇO	R\$ 2,80
28.04.065-1	RESISTÊNCIA GLOBULAR CURVA	R\$ 3,92
28.04.066-0	RETICULÓCITOS, CONTAGEM	R\$ 2,80
28.04.067-8	RETRAÇÃO DO COÁGULO, TESTE	R\$ 2,80
28.04.068-6	SULFO – HEMOGLOBINA	R\$ 3,92
28.04.069-4	TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$ 2,80
28.04.072-4	TEMPO DE LISE	R\$ 3,92
28.04.073-2	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 4,20
28.04.074-0	TEMPO DE RECALCIFICAÇÃO DE PLASMA	R\$ 2,80
28.04.076-7	TEMPO DE SANGRAMENTO	R\$ 2,80
28.04.078-3	TEMPO DE TROMBINA	R\$ 5,60
28.04.079-1	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 4,20
28.04.080-5	TEMPO DE GELIFICAÇÃO	R\$ 3,08
28.04.081-3	TEMPO DE GELIFICAÇÃO DA PROTAMINA	R\$ 3,08
28.04.082-1	TESTE DE NEUTRALIZAÇÃO DE HEPARINA	R\$ 7,56
28.04.083-0	TESTE DE SIA PARA MACROGLOBULINA	R\$ 2,80
28.04.084-8	TRIPANOSSOMA, PESQUISA	R\$ 3,92
28.04.085-6	TROMBOELASTOGRAMA	R\$ 26,04
28.04.086-4	TROMBOPLASTINA, TESTE DE GERAÇÃO DA	R\$ 10,64
28.04.088-0	BIÓPSIA DE MEDULA OSSEA POR TROCATER OU TREFINA	R\$ 42,00
28.04.089-9	ESPLENOGRAMA (CITOLOGIA)	R\$ 19,60
28.04.091-0	PROTOPORFIRINA	R\$ 16,80
28.04.092-9	CROMOSSOMO PHILADELFIA	R\$ 70,00
28.04.093-7	HEMOGLOBINA A2, DOSAGEM	R\$ 25,00
28.04.094-5	AUTO – HEMÓLISE, TESTE	R\$ 5,60
28.04.095-3	HEMÓLISE POR SACAROSE, TESTE	R\$ 5,60
28.04.096-1	HEMOGLOBINA A2, CROMATOGRAFIA	R\$ 22,40
28.04.097-0	CREATINA ERITROCITÁRIA, DOSAGEM	R\$ 11,20
28.04.098-8	COOBS INDIRETO – INCLUI O QUANTITATIVO	R\$ 11,20
28.04.100-3	ANTICOAGULANTE LÚPICO (INIBIDOR LÚPICO)	R\$ 31,66
28.04.101-4	ATIVADOR TISSULAR DE PLASMINOGÊNIO (TPA)	R\$ 37,24
28.04.102-0	DNA, DETERM. DE CONTEUDO POR CITOMETRIA DE FLUXO	R\$ 124,12

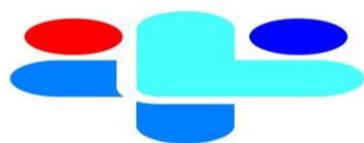


28.04.103-8	HEMATOSCOPIA, QUANDO ISOLADA	R\$ 2,71
28.04.104-6	HEMOGLOBINA S (SCREENINE NEONATAL)	R\$ 12,41
28.04.105-4	INIBIDOR DO TPA	R\$ 37,24

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.04.105-4	INIBIDOR DO TPA	R\$ 37,24
28.04.106-2	IMUNOFENOTIPAGEM PARA CLASSIFICAÇÃO DE LEUCEMIAS/ LINFOMAS CITÔMETRO DE FLUXO	R\$ 403,40
28.04.107-0	IMUNOFENOTIPAGEM	R\$ 236,96
28.04.108-9	MEDULA OSSEA ASPIRAÇÃO PARA MIELOGRAMA OU MICROBIOLÓGICO	R\$ 6,20
28.04.109-7	PROTEÍNA C	R\$ 80,00
28.04.111-0	PROTEÍNA S	R\$ 180,00
28.04.111-9	PUNÇÃO DE BAÇO	R\$ 55,85
28.04.112-7	RISTOCETINA	R\$ 24,82
28.04.114-3	VISCOSIDADE PLASMÁTICA OU SANGUÍNEA	R\$ 6,20
28.04.115-1	HEMOGRAMA COM HISTOGRAMA E CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$ 10,86
28.04.116-0	HEMOGLOBINOPATIA – TRIAGEM 9 HEMÓGICO FETALRETICULOC	R\$ 31,04
28.04.118-1	ANTICORPOS ANTIBLOQUEADORES AO FATOR INTRINSECO	R\$ 223,42
28.04.705-4	META – HEMOGLOBINA, OSTEMINAÇÃO	R\$ 8,13
28.05	HORMÔNIOS	
28.05.001-0	ÁCIDO VANIL MANDÉLICO	R\$ 29,12
28.05.002-9	ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH)	R\$ 61,15
28.05.003-7	ALDOSTERONA	R\$ 36,40
28.05.004-5	AMP – CÍCLICO	R\$ 29,12
28.05.005-3	AMP – CÍCLICO NEFROGÊNIO	R\$ 29,12
28.05.006-1	ANDROSTENEDIONA	R\$ 50,60
28.05.007-0	CALCITONINA	R\$ 65,52
28.05.008-8	CATECOLAMINAS	R\$ 45,00
28.05.009-6	DEZESETE (17) CETOGÊNICOS (17 – CGS)	R\$ 11,65
28.05.010-0	DEZESETE (17) CETOGÊNICOS CROMATOGRAFIA	R\$ 15,43
28.05.011-8	DEZESETE (17) CETOSTERÓIDES (17 CTS) CROMATOGRAFIA	R\$ 15,43
28.05.012-6	DEZESETE (17) CETOSTERÓIDES TOTAIS (17 CTS)	R\$ 11,65
28.05.013-4	DEZESETE (17) CETOSTERÓIDES RALAÇÃO ALFA / BETA	R\$ 10,19
28.05.014-2	CORTISOL	R\$ 21,84
28.05.016-9	CRESCIMENTO, HORMÔNIO	R\$ 26,21
28.05.017-7	CURVA GLICÊMICA E INSULÍNICA (06 DOSAG)	R\$ 104,83
28.05.018-5	CURVA GLICÊMICA E INSULÍNICA (04 DOSAG)	R\$ 69,89
28.05.021-5	DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	R\$ 30,58
28.05.022-3	DEHIDROEPIANDROSTERONA, SULFATO DE (SDHEA)	R\$ 32,03
28.05.023-1	DEHIDROTESTOSTERONA (DHT)	R\$ 46,59

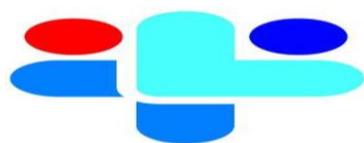


28.05.024-0	ESTRADIOL	R\$ 29,12
28.05.026-6	ESTRIOL URINÁRIO	R\$ 17,47
28.05.027-4	ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOESTERÓIDES)	R\$ 11,65

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.05.029-0	ESTROGÊNIO TOTAIS E FRAÇÕES (URINA)	R\$ 14,56
28.05.030-4	ESTRONA	R\$ 29,12
28.05.031-2	FOLÍCULO ESTIMULANTE, HORMÔNIO (FSH)	R\$ 18,93
28.05.032-0	GASTRINA	R\$ 29,12
28.05.033-9	GONADOTROFINA CARIÔNICA – HEMAGLUTINAÇÃO OU LÁTEX	R\$ 11,65
28.05.034-7	GONADOTROFINA CARIÔNICA (BHCG) QUIMIOLUMINESCÊNCIA	R\$ 18,93
28.05.035-5	INSULINA	R\$ 19,20
28.05.036-3	IÓDO PROTEICO	R\$ 5,82
28.05.037-1	LACTOGÊNICO PLAQUETÁRIO, HORMÔNIO	R\$ 36,40
28.05.038-0	LUTEINIZANTE, HORMÔNIO (LH)	R\$ 18,93
28.05.039-8	PREGNANDIOL	R\$ 17,47
28.05.040-1	PREGNANTRIOL	R\$ 17,47
28.05.041-0	PROGESTERONA PLASMÁTICA	R\$ 30,58
28.05.042-8	DEZESSETE (17) ALFA – OH – PROGESTERONA HIDROXIPROGESTERONA) E NEONATAL	R\$ 48,05
28.05.043-6	PROLACTINA	R\$ 24,75
28.05.044-4	PROVA PARA DIABETE INSIPIDO (RESTRIÇÃO HÍDRICA Nacl 3% VASOPRESSINA)	R\$ 19,51
28.05.045-2	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO FSH – CADA AMOSTRA	R\$ 18,93
28.05.046-0	PROVA DO LH-RH, DOSAGEM DO LH – CADA AMOSTRA	R\$ 18,93
28.05.048-7	PROVA DO TRH-HPR DOSAG DO HPR S/FORNECIMENTO DO MAT (CADA)	R\$ 24,75
25.05.049-5	PROVA DO TRH-TSH DOSAG DO TSH S/ FORNECIMENTO DO MAT (CADA)	R\$ 24,75
28.05.050-9	RENINA	R\$ 34,83
28.05.051-7	SEROTONINA (ÁCIDO 5 HIDROXI-INDOL-ACÉTICO)	R\$ 17,47
28.05.052-5	SOMATOTRÓFICO CARIÔNICO (HCS OU HPL)	R\$ 36,40
28.05.069-0	TESTOSTERONA TOTAL	R\$ 30,58
28.05.070-3	TSH (TIREOESTIMULANTE HORMÔNIO)	R\$ 24,75
28.05.071-1	T4 (TIROXINA)	R\$ 18,93
28.05.072-0	T4L (TIROXINA LIVRE)	R\$ 24,75
28.05.073-8	T3 (TRIIODOTIRONINA)	R\$ 18,93
28.05.075-4	PARATORMÔNIO (PTH)	R\$ 58,24
28.05.076-2	PROVAS DE FUNÇÃO TIREOIDEANA (T3, T4,INDICES E TSH)	R\$ 62,61
28.05.077-0	TESTOSTERONA LIVRE	R\$ 43,68
28.05.078-9	T3 REVERSO	R\$ 80,00
28.05.079-7	SOMATOMEDINA C	R\$ 58,24
28.05.080-0	TIREOGLOBULINA, DOSAGEM	R\$ 40,77

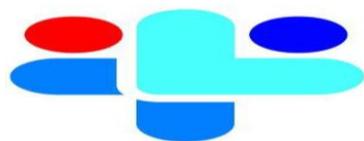


28.05.081-9	CORTISOL LIVRE	R\$ 43,68
28.05.082-7	T3 LIVRE	R\$ 24,75
28.05.083-5	ANGIOTENSIVA CONVERTASE	R\$ 50,00
28.05.084-3	COMPOSTO S	R\$ 43,68

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.05.085-1	HORMÔNIO ANTI-DIURÉTICO (VASOPRESSINA)	R\$ 80,00
28.05.086-0	TGB(GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA)	R\$ 52,42
28.05.087-8	T3 RETENÇÃO	R\$ 23,74
28.05.088-6	ÁCIDO HOMOVANÍLICO	R\$ 35,22
28.05.089-4	DEZESSETE (17) HIDRISI-PREGNENOLONA	R\$ 52,82
28.05.090-8	ÍNDICE DE TIROXINA LIVRE (ITL)	R\$ 28,83
28.05.091-6	OSTEOCALCINA	R\$ 60,09
28.05.092-4	PEPTÍDEO C	R\$ 33,24
28.05.093-2	ERITROPOEITINA	R\$ 120,06
28.05.094-0	TRÊS – ALFA ANDROSTENEDIOL GLICURONIDE	R\$ 38,43
28.05.096-7	IGFBP-3 (PROTEÍNA LOGRADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO	R\$ 60,09
28.05.097-5	TRAB (ANTICORPO E ANTI-RECEPTOR DE TSH)	R\$ 80,05
28.05.098-3	SHBG (GLOBULINA TRANSPORTADORA DE HORM. SEXUAIS)	R\$ 80,05
28.05.099-1	DEHIDROXI 1,25 VITAMINA D	R\$ 50,87
28.05.100-9	LEPTINA	R\$ 40,88
28.05.101-7	GLUCACON, DOSAGEM	R\$ 53,76
28.05.103-3	GAD-Ab ANTI-DESCARBOXILASE DO ÁCIDO	R\$ 76,83
28.05.105-0	N-TELOPEPTÍDEO	R\$ 97,78
28.05.106-8	PROLACTINA (POOL 03 AMOSTRAS)	R\$ 42,28
28.06	IMUNOLOGIA	
28.06.001-6	ADENOVÍRUS	R\$ 25,14
28.06.002-4	AMEBÍASE (RFC OU IFI AH)	R\$ 25,14
28.06.003-2	ANTI-PARIETAL, IFI	R\$ 20,00
28.06.006-7	HEP. B-HbcAc IgG(ANTI-CORE IgG OU ACOREG) ELISA	R\$ 29,12
28.06.007-5	HEPATITE B – HbeAc (ANTI HBE)	R\$ 29,12
28.06.008-3	HEP. B HbsAc (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) ELISA (ANTI HBS)	R\$ 23,30
28.06.010-5	HEPATITE A HAV IgG (ELISA)	R\$ 29,12
28.06.011-3	HEPATITE A HAV IgM (ELISA)	R\$ 34,94
28.06.012-1	ANTI-MITOCONDRIA, IFI	R\$ 17,51
28.06.013-0	ANTI-MUSCULO LISO, IFI	R\$ 17,51
28.06.014-8	FATOR ANTI-NUCLEO (FAN) FIGADO DE RATO IN PRINT IFI	R\$ 8,74
28.06.015-6	ANTI-TIREOGLOBULINA	R\$ 30,58
28.06.016-4	ANTI-MICROSSOMAL (TIREOIDEANO)	R\$ 30,58
28.06.017-2	ANTI DESOXIRIBONUCLEASE B, NEUTRALIZ. QUANTITATIVA	R\$ 11,65
28.06.018-0	ASLO-HEMÓLISE OU LÁTEX	R\$ 5,82

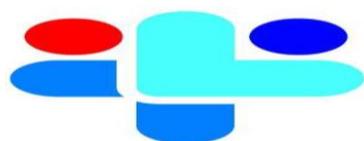


28.06.019-9	ANTI-HIALURONIDASE, DETERMINAÇÃO	R\$ 5,82
28.06.021-0	HEPATITE B – ANTÍGENO ÁUSTRÁLIA – (HbsAg)	R\$ 20,38
28.06.022-9	CEA – ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 66,36
28.06.022-9	CEA – ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 66,36

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.06.022-9	CEA – ANTIGENO CARCINOEMBRIOGENICO	R\$ 66,36
28.06.023-7	HEPATITE B – (ANTIGENO E) HBE AG	R\$ 29,12
28.06.025-3	BLASTOMICOSE, RFC, IDI DUPLA OU CIE	R\$ 8,74
28.06.027-0	BRUCELA – PROVA RAPIDA	R\$ 5,82
28.06.029-6	CAXUMBA, RFC	R\$ 19,51
28.06.030-0	CHAGAS HÁ PARA	R\$ 8,74
28.06.031-8	CHAGAS IFI IgG	R\$ 20,00
28.06.033-4	CHAGAS, RFC (MACHADO GUERREIRO)	R\$ 27,66
28.06.034-2	CHLAMYDIA – IFI – (IgG e IgM) CADA	R\$ 26,21
28.06.036-9	CISTICERCOSE HA	R\$ 8,74
28.06.038-5	COMPLEMENTO C3, IDIR	R\$ 22,40
28.06.039-3	COMPLEMENTO C4 IDIR	R\$ 22,40
28.06.040-7	COMPLEMENTO CH-50, DOSAGEM	R\$ 22,40
28.06.041-5	CRIO – AGLUTININA, GLOBULINA, FIBRINOGENIO – PESQUISA – CADA	R\$ 4,08
28.06.044-0	DNCB – TESTE DE CONTATO	R\$ 7,86
28.06.046-6	EQUINOCOCOSE, RFC	R\$ 7,86
28.06.047-4	ESPOROTRICOSE, AGLUTINAÇÃO PELO LATEX	R\$ 15,43
28.06.052-0	FTA ABS (SIFILIS)	R\$ 15,00
28.06.054-7	TESTE IMUNOLOGICO DE GRAVIDEZ - LÁTEX	R\$ 5,82
28.06.056-3	HIPERSENSIBILIDADE RETARDADA (INCLUI ID PARA CANDIDINA TRICOFITINA, PPD, ESTREPTOQUINASE DORNASE ,CAXUMBA,VACINA)	R\$ 7,86
28.06.057-1	HISTOPLASMOSE, RFC, LDI DUPLA OU CIE	R\$ 7,86
28.06.059-8	IGA IDIR	R\$ 17,47
28.06.060-1	IGE TOTAL	R\$ 20,38
28.06.061-0	IGG IDIR	R\$ 17,47
28.06.062-8	IGM IDIR	R\$ 17,47
28.06.063-6	IMUNOELETOFORESE (ESTUDO DA GAMOPATIA)	R\$ 150,00
28.06.066-0	INIBIDOR DE C1 ESTERASE – CONCENTAÇÃO IDIR	R\$ 14,56
28.06.069-5	LEISHMANIOSE IFI	R\$ 8,74
28.06.070-9	LEPTOSPIROSE, AGLUTINAÇÃO	R\$ 9,61
28.06.072-5	LINFOCITOS T E B, CONTAGEM DE (ROSETA OU IF)	R\$ 100,00
28.06.073-3	LINFOCITOS T “HELPER” (IF COM OKT4) (CD4)	R\$ 58,24
28.06.074-1	LINFOCITOS T SUPRESSORES (IF COM OKT8) CD8)	R\$ 58,24
28.06.075-0	LISTERIOSE – AGLUTINAÇÃO, POR ANTÍGENO	R\$ 15,09
28.06.076-8	MALÁRIA, IFI	R\$ 10,48



28.06.077-6	MANTOUX, IDeR	R\$ 40,00
28.06.078-4	MICIPLASMA PNEUMONIAE, RFC	R\$ 19,51
28.06.080-6	MONONUCLEOSE- MONOTEST	R\$ 5,82
28.06.083-0	MONONUCLEOSE, PAUL – BUNNELL DAVIDSON	R\$ 7,86

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

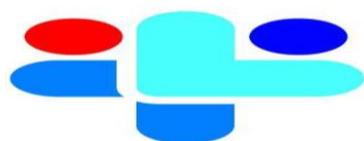
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.06.086-5	PROTEÍNA C REATIVA (P/ TURB.OU NEFELOM.)	R\$ 19,51
28.06.088-1	WEIL FELIX (RICKETSIOSE) AGLUTINAÇÃO	R\$ 11,65
28.06.090-3	RUBEOLA IGM	R\$ 34,94
28.06.091-1	RUBEOLA IGG	R\$ 17,47
28.06.092-0	SARAMPO IGG/IGM - CADA	R\$ 23,30
28.06.096-2	TOXOPLASMOSE (IFI, IgG, e IgM) CADA	R\$ 22,76
28.06.100-4	SIFILIS – VDRL INCLUSIVE QUANTITATIVO OU OUTRO CARDIOLIPINIC	R\$ 5,82
28.06.101-2	WAALEER – ROSE (FATOR REUMATOIDE)	R\$ 5,82
28.06.103-9	WIDAL, REAÇÃO	R\$ 5,82
28.06.104-7	CULTURA MISTA DE LINFOCITOS	R\$ 87,36
28.06.105-5	GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA	R\$ 87,36
28.06.106-3	PROVA DE COMPATIBILIDADE DO HLA (CROSS MARCH)	R\$ 43,68
28.06.108-0	ANTI CORTEX SUPRA RENAL	R\$ 20,38
28.06.110-1	ANTI-FIGADO (GLOMENULO, TUB, RENAL, CORTE RIM DE RATO)	R\$ 20,38
28.06.112-8	ANTI-MUSCULO ESTRIADO	R\$ 70,00
28.06.115-2	ANTI – SM	R\$ 23,30
28.06.116-0	HEPATITE DELTA, ANTICORPO	R\$ 100,00
28.06.117-9	ANTI - HIV (1 OU 2)	R\$ 42,68
28.06.119-5	HEPATITE B HbcAC (HBC IGM)	R\$ 36,40
28.06.120-9	ANTICORPOS NATURAIS – ISOAGLUTININAS PESQUISA	R\$ 11,65
28.06.121-7	ANTICORPOS NATUARIS – ISOAGLUTININAS MUTAGEM	R\$ 20,38
28.06.125-0	ANTIGENOS METILICOS SOLUVEIS DO BCG (1 APLICAÇÃO)	R\$ 14,56
28.06.126-8	ASPERGILUS – RFC, DUPLA OU CIE – CADA	R\$ 23,30
28.06.127-6	BETA – 2 MICROGLOBULINA	R\$ 87,36
28.06.129-2	CANDIDIASE RFC, IDI, DUPLA OU CIE – CADA	R\$ 19,51
28.06.130-6	CRIO-AGLUTININA, GLOBULINA , FIBRINOGENIO, DOSAGEM-CADA	R\$ 14,56
28.06.135-7	MONONUCLEOSE, ANTI VCA (EBV) IGG OU IGM - CADA	R\$ 43,68
28.06.137-3	HERPES SIMPLES – IGG	R\$ 29,12
28.06.138-1	HERPES SIMPLES – IGM	R\$ 34,94
28.06.139-0	HERPES ZOSTER – IGG	R\$ 29,12
28.06.140-3	HERPES ZOSTER – IGM	R\$ 34,94
28.06.141-1	IMUNO-COMPLEXOS CIRCULANTES	R\$ 29,12
28.06.142-0	NBT ESTIMULADO	R\$ 14,56
28.06.144-6	CULTURA OU ESTIMULAÇÃO DOS LINFÓCITOS “IN VITRO”	R\$ 40,77

28.06.147-0	TESTE DE INIBIÇÃO DA MIGRAÇÃO DOS LINF. – CADA ANTÍGENO	R\$ 29,12
28.06.149-7	TOXOPLASMOSE IGG E IGM – CADA	R\$ 23,30
28.06.150-0	VARICELA, RFC, PARA	R\$ 14,56
28.06.151-9	VÍRUS (SINCICIAL, RESPIRATÓRIO) PESQUISA DIRETA	R\$ 43,68

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.06.152-7	WESTERN BLOT (ANTICORPO ANTI – HIV)	R\$ 203,84
28.06.153-5	HIV ANTIGENO P24 – ELISA	R\$ 58,24
28.06.151-9	VÍRUS (SINCICIAL, RESPIRATÓRIO) PESQUISA DIRETA	R\$ 43,68
28.06.152-7	WESTERN BLOT (ANTICORPO ANTI – HIV)	R\$ 203,84
28.06.153-5	HIV ANTIGENO P24 – ELISA	R\$ 58,24
28.06.155-1	LEISMANIOSE, REAÇÃO SOROLÓGICA	R\$ 17,47
28.06.157-8	TOXOCARA CANNIS, ELISA	R\$ 28,00
28.06.158-6	ANTI – DMP	R\$ 23,30
28.06.159-4	CA – 19/9	R\$ 72,80
28.06.160-8	CA – 125	R\$ 72,80
28.06.161-6	MCA (ANTÍGENO CARCINO MAMÁRIO)	R\$ 81,54
28.06.163-2	CISTICEROSE – ELISA	R\$ 46,11
28.06.164-0	CITOMEGALOVÍRUS - IGM	R\$ 29,12
28.06.165-9	HEPATITE C – ANTI HCV	R\$ 58,24
28.06.166-7	CA – 15/3	R\$ 79,07
28.06.167-5	ANTI – ILHOTA LANGHERANS	R\$ 23,30
28.06.168-3	ANTI – INSULINA	R\$ 23,30
28.06.169-1	HV1 + HIV2 (DETERMINAÇÃO CONJUNTA)	R\$ 58,24
28.06.171-3	LYME, SOROLOGIA	R\$ 75,00
28.06.172-1	ANTI – GLIADINA (GLÚTEN) IGG E IGA – CADA	R\$ 20,38
28.06.174-8	CA – 72/4	R\$ 72,80
28.06.176-4	HISTONA	R\$ 23,30
28.06.177-2	GIARDIA	R\$ 23,30
28.06.178-0	ANTI – CARDIOLIPINA IGG	R\$ 23,30
28.06.180-2	ANTI – CARDIOLIPINA IGM	R\$ 32,03
28.06.181-0	ANTI - CENTRÔMERO	R\$ 25,61
28.06.182-9	ANTI – LKM-1	R\$ 17,83
28.06.183-7	ANTI – ACTINA	R\$ 60,00
28.06.184-5	ANTI – DNA ELISA	R\$ 25,61
28.06.185-3	ANTI – ESCLERODERMA (SCL 70) ELISA	R\$ 25,61
28.06.186-1	ANTI – PEROXIDASE TIREOIDEANA	R\$ 32,03
28.06.187-0	ANTI JO1 – ELISA	R\$ 28,83
28.06.188-8	ANT JO1 IMUNODIFUSÃO (IDI) DUPLA	R\$ 22,40

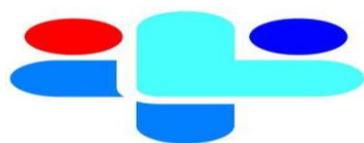


28.06.189-6	ANTI – LA/SSB – ELISA	R\$ 28,83
28.06.190-0	ANTI – MEMBRANA BASAL, IFI (RIM HUMANO)	R\$ 33,60
28.06.191-8	ANTI – MITOCONDRIA (M2)	R\$ 28,83
28.06.192-6	ANTI – MUSCULO CARDÍACO	R\$ 25,61
28.06.193-4	ANTI – NEUTRÓFILOS (ANCA) IF	R\$ 32,03

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.06.194-2	ANTI – RNP ELISA	R\$ 28,83
28.06.195-0	ANTI – RO/SSA, ELISA	R\$ 28,83
28.06.196-9	ASLO – TURBIDIMETRIA OU NEFELOMETRIA	R\$ 22,40
28.06.197-7	BRUCELA – PROVA TUBO	R\$ 12,81
28.06.198-5	C1Q IdIR	R\$ 70,00
28.06.199-3	C2, IdIR	R\$ 16,00
28.06.200-0	C3A (FATOR B) IDIR	R\$ 150,00
28.06.201-9	CA – 50	R\$ 75,25
28.06.202-7	CA - 242	R\$ 75,25
28.06.203-5	CAXUMBA, ELISA	R\$ 50,00
28.06.204-3	CHAGAS, ELISA TOTAL	R\$ 22,40
28.06.205-1	CHAGAS IFI - IGM	R\$ 25,00
28.06.206-0	CISTICEROSE IF	R\$ 19,20
28.06.207-8	CITOMEGALOVÍRUS IGG ELISA	R\$ 27,94
28.06.208-6	CITOMEGALOVÍRUS IGM - IFI	R\$ 22,40
28.06.209-4	CLOSTRIDIUM DIFICILE, TOXINA A – ELISA	R\$ 44,80
28.06.210-8	COMPLEMENTO C3, C4 – TURBIDIM. OU NEFELOM. – CADA	R\$ 22,40
28.06.211-6	CRIOGLOBULINAS, CARACTERIZAÇÃO – IMUNOELETOFORESE	R\$ 38,42
28.06.212-4	FATOR ANTI-NUCLEO (FAN) ELISA	R\$ 25,61
28.06.214-0	FATOR REUMATOIDE – TURBID. OU NEFELOMETRIA	R\$ 22,40
28.06.215-9	FILARIOSE, ELISA	R\$ 25,61
28.06.216-7	GOOCOCO – HEMAGLUTINAÇÃO (HÁ)	R\$ 16,00
28.06.217-5	GONOCOCO - IFI	R\$ 22,40
28.06.218-3	HELICOBACTER PYLORI, ELISA	R\$ 38,42
28.06.220-5	HIDADITOSE (EQUINOCOCOSE), IDI DUPLA	R\$ 22,40
28.06.222-1	HTLV1 OU HTLV2 (VÍRUS DA PARAPARESIA ESPÁSTICA TROPICAL) PESQUISA DE ANTICORPOS	R\$ 48,04
28.06.223-0	IGD, IDIR	R\$ 28,83
28.06.224-8	IGD, SUBCLASSES 1,2,3,4 – IdIR – CADA	R\$ 48,04
28.06.225-6	INIBIDOR DE C1 ESTERASE – FUNÇÃO IDIR	R\$ 38,42
28.06.226-4	LEGIONETA – IFI	R\$ 89,60
28.06.227-2	LEPTOSPIROSE IFI OU ELISA - IGG	R\$ 25,61
28.06.228-0	LEPTOSPIROSE IFI OU ELISA - IGM	R\$ 32,03



28.06.229-9	MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO) ELISA IGG	R\$ 50,00
28.06.230-2	MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO) ELISA IGM	R\$ 50,00
28.06.231-0	MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO) IFI IGG	R\$ 19,20
28.06.232-9	MICOPLASMA PNEUMONIAE (PPLO) IFI IGM	R\$ 25,61
28.06.233-7	PROTEÍNA EOSINOFILICA CATIÔNICA (ECP) FLUOROIMUNOENSAIO	R\$ 48,04

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.06.235-3	TOXOPLASMOSE ELISA IGA	R\$ 32,03
28.06.236-1	VARICELA, IGG ELISA	R\$ 25,61
28.06.237-0	VARICELA IGG – IFI	R\$ 19,20
28.06.238-8	VARICELA IGM - ELISA	R\$ 32,03
28.06.239-6	VARICELA, IGM, - IFI	R\$ 25,61
28.06.240-0	IGE, GRUPO ESPECÍFICO – CADA	R\$ 28,83
28.06.241-8	IGE, POR ALÉRGENO ESPECÍFICO – CADA	R\$ 35,22
28.06.242-6	ALÉRGENOS – PERFIL ANTIGÊNICO (PAINEL C/ 36 ANTÍGENOS)	R\$ 268,95
28.06.244-2	MICOBACTÉRIA, SOROLOGIA	R\$ 32,03
28.06.251-5	PSA TOTAL E LIVRE	R\$ 86,62
28.06.252-3	STREPTROZYMA	R\$ 24,34
28.06.254-0	SOROLOGIA PARA DENGUE	R\$ 49,93
28.06.255-8	ANTICORPOS ANTI MI	R\$ 19,20
28.06.256-6	ANTICORPOS ANTI - GANGLIOSÍDEOS	R\$ 56,34
28.06.257-4	ANTICORPOS ANTI – DNase B	R\$ 16,00
28.06.258-2	ANTICORPOS ANTI – VÍRUS DA HEPATITE E TOTAL	R\$ 74,26
28.06.259-0	HIV1 + HIV2 (PESQUISA DE ANTICORPOS ÚNICO – DETERMINAÇÃO CONJUNTA	R\$ 41,89
28.06.260-4	COMPLEMENTO C2	R\$ 39,70
28.06.261-2	ANTI – CELULA EPITELIAL OU ENDOTELIAL	R\$ 25,61
28.06.263-9	FATOR ANTI – NUCLEO (FAN) FÍGADO DE RATO IN PRINT IFI + HEP2	R\$ 25,61
28.06.266-5	HEPATITE E TOTAL	R\$ 64,02
28.06.271-0	ANTICORPO ANTI – ENDOMISIO	R\$ 70,76
28.06.272-8	ANTICORPO ANTI – HORMÔNIO DO CRESCIMENTO	R\$ 201,38
28.07	LÍQUIDO AMNIÓTICO	
28.07.001-7	CLEMENTS, TESTE	R\$ 3,79
28.07.003-8	ESPECTROFOTOMETRIA	R\$ 5,42
28.07.004-5	FOSFOLIPÍDIOS (RELAÇÃO LECITINA/ESFINGOMIELINA)	R\$ 10,84
28.07.006-2	ALFA – FETO – PROTEÍNA	R\$ 38,80
28.07.007-0	MATURIDADE PULMONAR FETAL (FLUORESCENCIA POIONZADA) CREATININA E TESTE DE CLEMENTS	R\$ 37,86

28.07.005-4	ROTINA DO LÍQUIDO AMNIÓTICO – AMNIOGRAMA (CITOLÓGICO ESPECTROFOTOMETRIA, CREATINA E TESTE DE CLEMENTS	R\$ 16,24
28.08	LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	
28.08.001-7	CRISTAIS COM LUZ POLARIZADA, PESQUISA	R\$ 2,71
28.08.002-5	RAGÓCITOS, PESQUISA	R\$ 2,71
28.08.003-0	RIVALTA, REAÇÃO	R\$ 2,71

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

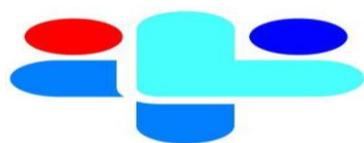
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.08	LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	
28.08.004-1	ROTINA LÍQUIDO SINOVIAL – CARACTERES FÍSICOS, CITOLOGIA , PROTEÍNAS, ÁCIDO ÚRICO, LÁTEX PARA FATOR REUMATÓIDE, BACTÉRIA)	R\$ 18,14
28.08.005-0	COLETA, POR PUNÇÃO	R\$ 18,59
28.09	LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR)	
28.09.001-2	CÉLULAS, PESQUISA DE CEL. NEOPLÁSICAS (CITOLOGIA ONCÓTICA)	R\$ 31,02
28.09.002-0	CÉLULAS, CONTAGEM ESPECÍFICA	R\$ 5,42
28.09.003-9	CÉLULAS E CARACTERES GERAIS + CONTAGEM GLOBAL	R\$ 3,79
28.09.004-7	ELETOFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO	R\$ 21,66
28.09.007-1	PUNÇÃO LOMBAR COM MANOMETRIA INICIAL E FINAL	R\$ 27,08
28.09.009-8	BIOQUÍMICA DE LCR (PROTEÍNAS, PANDY, GLICOSE E CLORO)	R\$ 24,37
28.09.012-8	HAEMOPHILUS INFLUENZAE, ELISA	R\$ 21,66
28.09.013-6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE – ELISA	R\$ 21,66
28.09.014-4	N. MENINGITIDIS (A, B, C W135) ELISA – CADA	R\$ 21,66
28.09.015-2	H. INFLUENZA, S. PNEUMONIAE, N. MENINGITIDIS A, B, C	R\$ 9,49
28.09.016-0	IMUNOGLOBULINAS (IGG, IGA, IGM) NO LÍQUOR CADA	R\$ 27,08
28.09.018-7	CISTICEROSE – ELISA	R\$ 21,66
28.09.020-9	LACTATO (ÁCIDO LÁTICO)	R\$ 24,37
28.09.021-7	ADENOSINA DEAMINASE (ADA)	R\$ 27,93
28.09.022-5	PUNÇÃO CISTERNAL SUB OCCIPITAL COM MANOMETRIA	R\$ 46,56
28.09.024-1	ÍNDICE DE IMUNOPRODUÇÃO (ELETOFORESE IGG SORO E LÍQUOR	R\$ 83,78
28.09.025-0	LCR AMBULATORIAL, ROTINA NEUROLÓGICA (ASPECTO, COR, ÍNDICE DE COR, CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE LEUCÓCITOS E HEMÁCEAS)	R\$ 173,77
28.09.026-8	LCR HOSPITALAR NEUROLÓGICA (ASPECTO, COR, ÍNDICE DE COR, CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE LEUCÓCITOS E HEMÁCEAS)	R\$ 235,84
28.09.027-6	PESQUISA DE BANDAS OLIGOCLONAIS POR ISOFOCALIZAÇÃO	R\$ 310,31

28.09.028-4	LCR PRONTO SOCORRO (ASP. COR, INDICE DE COR, CONTAGEM GLOBAL E ESP. DE LEUCÓCITOS E HEMÁCEAS) ETC....	R\$ 148,94
28.09.030-6	PROTEÍNA MIELÍNICA BÁSICA, ANTICORPO ANTI	R\$ 69,64
28.10	MICROBIOLOGIA	
28.10.001-8	Á FRESCO, EXAME	R\$ 4,08
28.10.002-6	ANAERÓBIAS, CULTURA PARA BACTÉRIAS	R\$ 14,56
28.10.003-4	ANTIBIOGRAMA (TESTE DE SENSIBILIDADE À ANTIB. E QUIMIOTER.)	R\$ 5,82

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.10	MICROBIOLOGIA	
28.10.005-0	ANTIBIOGRAMA P/ BACIOS ALCOOL – RESIST. DROGAS DE 2 LINHAS	R\$ 30,87
28.10.006-9	BAAR (ZIEHL OU FLUORESCÊNCIA, PESQ. DIRETA E PÓS HOMOGEN.)	R\$ 8,74
28.10.009-3	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT, ETC...)POR LÂMINA	R\$ 4,37
28.10.013-1	CHLAMYDIA, CULTURA, ELISA OU IFD – CADA	R\$ 26,21
28.10.014-0	CHLAMYDIA	R\$ 26,21
28.10.023-9	CULT. P/ FEZES, SALMONELA, SHIGELA E ESCHERICIA COLO ENTEROP.	R\$ 17,47
28.10.006-9	BAAR (ZIEHL OU FLUORESCÊNCIA, PESQ. DIRETA E PÓS HOMOGEN.)	R\$ 8,74
28.10.009-3	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT, ETC...)POR LÂMINA	R\$ 4,37
28.10.013-1	CHLAMYDIA, CULTURA, ELISA OU IFD – CADA	R\$ 26,21
28.10.014-0	CHLAMYDIA	R\$ 26,21
28.10.023-9	CULT. P/ FEZES, SALMONELA, SHIGELA E ESCHERICIA COLO ENTEROP.	R\$ 17,47
28.10.026-3	ROTAVÍRUS, PESQUISA ELISA	R\$ 16,69
28.10.027-1	CULTURA, FUNGOS (MICOSES SUPERFICIAIS)	R\$ 14,56
28.10.028-0	FUNGOS, PESQUISA DE (A FRESCO, LACTOFENOL, TINTA DA CHINA)	R\$ 5,82
28.10.029-8	HEMOCULTURA (POR AMOSTRA)	R\$ 14,56
28.10.031-0	HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS (IMUNOF.DIRETA)	R\$ 15,43
28.10.032-8	CULTURA, HERPES VÍRUS OU OUTRO	R\$ 52,42
28.10.033-6	HERPES VÍRUS (CITOLOGIA OU IMUNOF. DIRETA)	R\$ 23,30
28.10.034-4	INOCULAÇÃO EM COBAIO	R\$ 30,87
28.10.038-7	LISTERIA (IMUNOFLUORESCÊNCIA DIRETA)PESQUISA	R\$ 15,43
28.10.040-9	LEPTOSPIRA (CAMPO ESCURO APÓS CONC.) PESQUISA	R\$ 5,82
28.10.043-3	CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA	R\$ 19,51
28.10.051-4	TREPONEMA (CAMPO ESCURO)	R\$ 5,82
28.10.054-9	CULTURA, URINA CONTAG. DE COLÔNIAS (TSA QUANDO NECES)	R\$ 14,56
28.10.055-7	VACINA AUTÓGENA	R\$ 11,65
28.10.056-5	VACINA COM ALÉRGENOS IPOSENSIBILIZANTES	R\$ 14,56

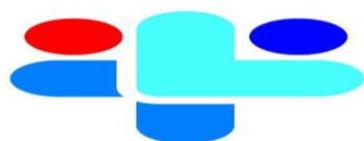


28.10.057-3	CRYPTOSPORIDIUM, PESQUISA	R\$ 14,56
28.10.058-1	CULTURA E GERAL, COMPREENDENDO CITOPARASITOLÓGICO QUANDO NECESSARIO	R\$ 14,56
28.10.059-0	CULTURA DE FEZES PARA CAMPYLOBACTER SP OU YERSINIA	R\$ 14,56
28.10.060-3	HEMOCULTURA, P/ BACTÉRIAS ANAERÓBIAS (POR AMOSTRA)	R\$ 14,56
28.10.061-1	PNEUMOCISTI CARINI, PESQ. POR COLORAÇÃO ESPECIAL	R\$ 20,38
28.10.063-8	CÓLERA – IDENTIFICAÇÃO (SOROTIPAGEM INCLUÍDA)	R\$ 43,68
28.10.064-6	CULTURA, FUNGOS (MICOSES PROFUNDAS)	R\$ 18,11

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.10.065-4	CULT. QUANTITATIVA DE SECREÇÕES PULMONAR QUANDO NECESSITAR TRATAMENTO PRÉVIO	R\$ 37,86
28.10.066-2	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 17,47
28.10.067-0	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 26,21
28.10.068-9	CULTURA PARA MYCOBACTERIUM (MIC)	R\$ 20,38
28.10.070-0	ESTREPTOCOCOS – A, TESTE RÁPIDO	R\$ 75,00
28.10.071-9	HELICOBACTER PYLORI, PESQUISA DIRETA	R\$ 10,25
28.10.072-7	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 23,70
28.10.074-3	PNEUMOCISTI CARINII, IFD	R\$ 70,44
28.10.072-7	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 23,70
28.10.074-3	PNEUMOCISTI CARINII, IFD	R\$ 70,44
28.10.075-1	ANTÍGENOS DE BACTÉRIAS OU FUNGOS, PESQUISA	R\$ 41,48
28.10.076-0	MYCOBACTERIA - IDENTIFICAÇÃO POR AUTOMAÇÃO	R\$ 67,20
28.10.077-8	MYCOBACTERIA – TESTE DE SENSIBIL. À DROGAS POR AUTOMAÇÃO	R\$ 86,46
28.10.078-6	CULT. DE FEZES (SALMON, SHIGEFLOE, E TC...	R\$ 37,14
28.10.079-4	MICOBACTÉRIA – IDENTIFICAÇÃO POR SONDA GENÉTICA	R\$ 153,66
28.10.080-8	LEPRA (HANSENI, PESQUISA DE – POR MATERIAL)	R\$ 7,69
28.10.081-6	CORPÚSCULOS DE DONOVANI, PESQUISA DIRETA	R\$ 6,38
28.10.082-4	PARACOSOIDROIDES – PESQUISA	R\$ 7,69
28.11	SUCO GÁSTRICO	
28.11.001-3	GASTROACIDOGRAMA – SEC BASAL PARA 60’ E 4 AMOSTRAS APÓS O ESTÍMULO – TESTE	R\$ 21,62
28.11.002-1	HOLLANDER (INCLUSIVE TUBAGEM) TESTE	R\$ 27,08
28.12	TUBAGEM DUODENAL	
28.12.001-9	PANCREAZIMA – SECRETINA O SUCO DUODENAL	R\$ 27,08
28.12.002-7	ROTINA DE BILES A, B, C DO SUCO DUODENAL	R\$ 27,08
28.12.003-5	TUBAGEM DUODENAL	R\$ 14,34

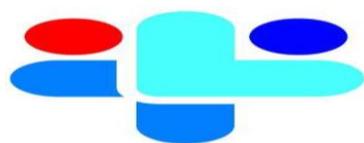


28.13	URINA	
28.13.001-4	ACIDEZ TITULÁVEL	R\$ 3,92
28.13.002-2	ÁCIDO FENILPIRÚVICO, DOSAGEM.	R\$ 8,40
28.03.003-0	ACIDO FENILPIRUVICO, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.004-9	ACIDO HOMOGENTISICO, DOSAGEM	R\$ 5,60
28.13.005-7	ACIDO HOMOGENTISICO, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.006-5	CONTAGEM SEDIMENTAR DE ADDIS	R\$ 2,80
28.13.012-0	CALCULOS URINARIOS, EXAME QUANTITATIVO	R\$ 8,40
28.13.013-8	CISTINURIA PESQUISA	R\$ 3,76

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.13.014-6	COPROPORFIRINA III	R\$ 5,60
28.13.015-4	CROMATOGRAFIA DE AÇUCARES (MELITURIA)	R\$ 28,00
28.13.017-0	ELETROFORESE DE PROT URINARIAS, COM CONCENTRAÇÃO.	R\$ 14,00
28.13.018-9	ERROSINATOS DO METABOLISMO (PESQ. DE AMINOCIDURIA)	R\$ 9,24
28.13.019-7	FENILCETONURIA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.021-9	FRUTOSURIA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.022-7	GALACTOSURIA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.023-5	HISTIDINA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.025-1	INCLUSÃO CITOMEGALICA, PESQ DE CELULAS COM	R\$ 8,40
28.13.027-8	LIPOIDES, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.025-1	INCLUSÃO CITOMEGALICA, PESQ DE CELULAS COM	R\$ 8,40
28.13.027-8	LIPOIDES, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.028-6	MELANINA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.030-8	OSMOLARIDADE, DETERMINAÇÃO	R\$ 30,00
28.13.031-6	PESQ OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	R\$ 2,80
28.13.032-4	PORFIBANOGENIO	R\$ 3,92
28.13.033-2	PROTEINAS DE BENICE JONES	R\$ 5,60
28.13.034-0	PROVA DE CONCENTRAÇÃO	R\$ 3,92
28.13.035-9	PROVA DE DILUIÇÃO	R\$ 4,20
28.13.036-7	URINA ROTINA	R\$ 5,60
28.13.038-3	SOBRECARGA DE AGUA	R\$ 2,80
28.13.040-5	TIROSINOSE	R\$ 4,20
28.13.041-3	ACIDO HOMOVANILICO DOSAGEM	R\$ 30,80
28.13.051-0	UROPORFIRINAS, DOSAGEM	R\$ 51,45
28.13.042-1	ALCAPTONURIA, PESQUISA	R\$ 4,20
28.13.044-8	METANEFIRINAS URINARIAS, DOSAGEM.	R\$ 40,00
28.13.045-6	MICROALBUMINURIA (RIE, TURBD., NEFELOMETRIA)	R\$ 28,00
28.13.047-2	DISMORFISMO ERITROCITARIO, PESQ (CONTRASTE DE FASE)	R\$ 5,60
28.13.048-0	MIOGLOBULINA, PESQUISA	R\$ 8,16

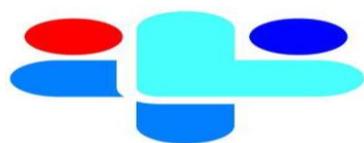


28.13.049-9	CORPOS CATONICOS, PESQUISA.	R\$ 3,10
28.13.050-2	ALDOSTERONA URINARIA	R\$ 34,19
28.13.052-9	ACIDO CITRICO (OXALATO) CITRATO URINARIO	R\$ 40,45
28.13.053-7	CALCULOS URINARIOS ANALISE CRISTOLOGRAFICA (MINE)	R\$ 53,69
28.13.054-5	ACIDO OXALACETICO (OXALATOS)	R\$ 40,45
28.13.055-3	HOMOCISTEINA, DOSAGEM DA URINA.	R\$ 63,28
28.13.056-1	CATECOLAMINAS LIVRES URINARIAS	R\$ 63,53
28.13.057-0	PH URINARIO	R\$ 3,10
28.14	DIVERSOS	
28.14.001-0	MUCO NASAL, PESQUISA DE EOSINOFILOS E MASTOCITO	R\$ 8,40

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.14	DIVERSOS	
28.14.003-6	LONTOFORESE PARA COLHEITA DE SUOR E DOSAGEM	R\$ 14,00
28.14.005-2	PERFIL REUMATOLOGICO	R\$ 28,00
28.14.006-0	PROVA DE FUNÇÃO HEPATICA	R\$ 35,00
28.14.007-9	PROVA DE FUNÇÃO HEPATICA	R\$ 38,92
28.14.008-7	TESTE DE HUHNER	R\$ 14,00
28.14.010-9	CROMATICA SEXUAL, PESQUISA	R\$ 8,40
28.14.011-7	CURETAGEM NASAL (PARA OBTENÇÃO DE MUCO NASAL)	R\$ 12,32
28.14.012-5	PH TORNASSOL	R\$ 2,71
28.14.013-3	CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	R\$ 31,02
28.14.015-0	PERFIL METABOLICO PARA LITIASE RENAL: SANGUE	R\$ 91,35
28.14.016-8	TESTE DO PEZINHO BASICO CTSA NEONATAL E FENILANINA	R\$ 47,26
28.14.017-6	TESTE DO PEZINHO AMPLIADO (TSH NEONATAL, 17OH PROGESTERONA FENILANINA, IRT, BIOTINIDASE)	R\$ 88,12
28.14.019-2	IMUNOPEROXIDASE PARA ANTICORPO PRIMARIO (POR ANTICORPO ATÉ 2ANTICORPOS)	R\$ 119,16
28.14.020-6	IMUNOPEROXIDASE PARA ANTICORPO PRIMARIO (POR MATERIAL PARA 3ANTICORPOS OU MAIS)	R\$ 335,13
28.14.021-4	BOTINOSE (TESTE DO PEZINHO)	R\$ 8,13
28.15	PATOLOGIA CLINICA OCUPACIONAL	
28.15.001-5	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO	R\$ 10,08
28.15.002-3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO	R\$ 20,31
28.15.003-1	ACIDO FENIGLIOXILICO	R\$ 20,31
28.15.004-0	ACIDO HIPURICO	R\$ 20,31
28.15.005-8	ACIDO MANDELICO	R\$ 20,31
28.15.006-6	ACIDO METIHIPURICO	R\$ 17,47
28.15.007-4	AZIDA SODICA	R\$ 11,65
28.15.009-0	CARBOXIHEMOGLOBINA	R\$ 10,84

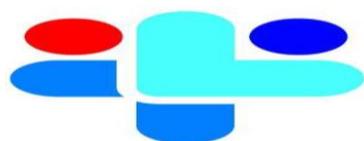


28.15.010-4	COLINESTERASE	R\$ 7,28
28.15.011-2	COPROPORFIRINAS	R\$ 8,12
28.15.012-0	CHUMBO	R\$ 23,30
28.15.014-7	FENOL POR CROMATOGRAFIA	R\$ 16,24
28.15.015-5	FLUOR (PARA FLUORETOS)	R\$ 16,24
28.15.017-1	META-HEMOGLOBINA	R\$ 10,84
28.15.018-0	METANOL	R\$ 17,92
28.15.020-1	PAMINOFENOL (PARA ANILINA)	R\$ 14,56
28.15.021-0	P-NITROFENOL (PARA NITROBENZENO)	R\$ 10,84
28.15.022-8	PROTOPORFIRINAS LIVRES	R\$ 10,84
28.15.023-6	PROTOPORFIRINAS ZN	R\$ 6,94

ANEXO E-11

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.15.024-4	TIOCINATO (PARA CIANETOS NITRILAS ALIFATICAS)	R\$ 10,84
28.15.025-2	TRICLOROCOMPOSTO TOTAIS	R\$ 10,84
28.15.026-0	ZINCO	R\$ 40,62
28.15.027-9	METAIS AL, AS, CD, CR, MN, HG, NI, ZN, CO	R\$ 32,48
28.15.028-7	COBRE	R\$ 35,73
28.15.030-9	ETANOL	R\$ 18,26
28.15.031-7	FORMOIDEIDO	R\$ 20,31
28.15.032-5	SALICILATOS	R\$ 5,42
28.15.033-3	SULFATOS ORGANICOS	R\$ 6,16
28.15.035-0	SELENIO DOSAGEM	R\$ 30,00
28.15.036-8	DIADEILDO MALONICO	R\$ 37,83
28.16	BIOLOGIA MOLECULAR – DNA/RNA (TEC POR PCR)	
28.16.001-0	CHLAMYDIA	R\$ 84,67
28.16.002-9	CITOMEGALOVIRUS	R\$ 270,77
28.16.003-7	CROMOSSOMOS FILADELFIA	R\$ 372,37
28.16.004-5	HLA- DR	R\$ 198,58
28.16.005-3	HLA DR +QD	R\$ 248,24
28.16.006-1	HEPATITE B (QUALITATIVO)	R\$ 223,42
28.16.007-0	HEPATITE B (QUANTITATIVO)	R\$ 453,60
28.16.008-8	HEPATITE C (ANTIGENO) HCV (QUALITATIVO)	R\$ 272,44
28.16.009-6	HEPATITE C (QUANTITATIVO)	R\$ 495,60
28.16.010-0	HERPES SIMPLES	R\$ 211,01
28.16.011-8	HIV (AMPLIFICADO)	R\$ 223,53
28.16.012-6	HIV (QUANTITAVO)	R\$ 537,88
28.16.013-4	HPV VIRUS DO PAPILOMA HUMANO	R\$ 135,41
28.16.014-2	HPV SUBTIPAGEM	R\$ 357,46
28.16.015-0	MYCOBACTERIA	R\$ 197,68

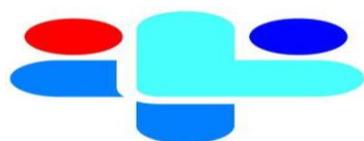


28.16.016-9	OUTROS AGENTES	R\$ 248,24
28.16.018-5	FIBROSE CISTICA	R\$ 310,31
28.16.019-3	HEMOFILIA	R\$ 409,61
28.16.021-5	MONUCLEOSE	R\$ 248,24
28.16.022-3	RUBEOLA	R\$ 248,24
28.16.025-8	PARVOVIRUS	R\$ 409,61
28.16.026-6	HTLV	R\$ 248,24
28.16.027-4	GENOTIPAGEM	R\$ 446,70
28.17	DROGAS ILICITAS DE ABUSOS	
28.17.001-6	CANABINOIDES DETECÇÃO DE	R\$ 45,21
28.17.002-4	METABOLITOS DE COCAINA	R\$ 45,21
28.17.003-2	OUTRAS	R\$ 45,21

ANEXO E-12

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS INTERNADOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
21.01	ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA (PROCEDIMENTOS)	
21.01.002-1	EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO POR BIÓPSIA OU CELL BLOCK	R\$ 43,26
21.01.004-8	EXAME CITOPATOLÓGICO ONCÓTICO DE LÍQUIDOS (ASCÍTICO, PLEURAL, URINA, ESCARRO, ETC...) E RASPADOS OU "IMPRINT" DE LESÕES (BOCA, OLHO, URETRA, VULVA, ENDOMÉTRIO)	R\$ 34,01
21.01.005-6	EXAME CITOPATOLÓGICO EXO-ENDOCERVICAL E VAGINAL ONCÓTICO E MICROFLORA	R\$ 22,13
21.01.009-9	REVISÃO DE LÂMINA	R\$ 61,84
28.01	BIOQUÍMICA	
28.01.017-5	ACIDO ÚRICO	R\$ 4,68
28.01.025-6	AMILASE	R\$ 6,07
28.01.029-9	BILIRRUBINAS TOTAL DIRETA E INDIRETA	R\$ 6,77
28.01.032-9	CALCIO	R\$ 4,68
28.01.033-7	CALCIO IÔNICO	R\$ 11,57
28.01.049-3	COLESTEROL HDL *	R\$ 13,21
28.01.050-7	COLESTEROL TOTAL	R\$ 4,73
28.01.054-0	CREATININA	R\$ 4,74
28.01.056-6	CREATINO FOSFOQUINASE – FRAÇÃO MB (CK – MB)	R\$ 25,28
28.01.065-5	DESIDROGENASE LÁCTICA (DHL)	R\$ 10,12
28.01.080-9	FERRO SERICO	R\$ 6,32
28.01.085-0	FOSFATASE ALCALINA	R\$ 6,07
28.01.088-4	FOSFOLIPÍDIOS	R\$ 6,77
28.01.089-2	FÓSFORO	R\$ 4,74
28.01.095-7	GAMA – GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 6,71

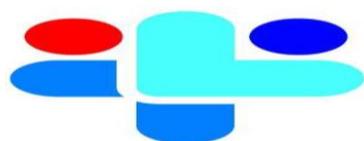


28.01.096-5	GASOMETRIA (PH, PCO2, AS, O2, EXCESSO BASE)	R\$ 27,01
28.01.097-3	GLICOSE	R\$ 4,74
28.01.108-2	LIPASE	R\$ 6,83
28.01.112-0	MAGNESIO	R\$ 5,37
28.01.113-9	MUCOPROTEÍNAS	R\$ 6,77
28.01.122-8	POTASSIO HEMÁTICO	R\$ 4,74
28.01.124-4	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES (ALBUMINAS E GLOBUMINAS)	R\$ 9,48
28.01.125-2	RESERVA ALCALINA (BICARBONATO)	R\$ 4,68
28.01.127-9	SÓDIO	R\$ 4,68
28.01.136-8	TRANSAMINASE OXALACÉTICA (TGO)	R\$ 4,74
28.01.137-6	TRANSAMINASE PIRÚVICA (TGP)	R\$ 4,74
28.01.139-2	TRIGLICERÍDEOS	R\$ 6,75
28.01.141-4	URÉIA	R\$ 4,74

ANEXO E-12

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS INTERNADOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.01.160-0	PROTEÍNAS TOTAIS	R\$ 4,74
28.01.170-8	MIOGLOBINA	R\$ 68,29
28.01.179-1	TROPONINA	R\$ 37,14
28.02	ESPERMA	
28.02.009-0	JADRESSIC MAIRA	R\$ 4,74
28.03	FESES	
28.03.008-7	HEMATOXILINA FÉRRICA, PESQ. DE PROTOZOÁRIOS	R\$ 4,74
28.03.011-7	LEUCÓCITOS FECAIS, PESQUISA	R\$ 3,41
28.03.012-5	LEVEDURAS, PESQUISA	R\$ 3,41
28.03.013-3	OXIURUS COM COLHEITA PELO SWAB ANAL, PESQUISA	R\$ 6,77
28.03.014-1	PARASITOLÓGICO MÍNINO 3 MÉTODOS	R\$ 6,77
28.03.017-6	SANGUE OCULTO, PESQUISA	R\$ 9,21
28.03.020-6	TRIPSINA, PROVA DE (DIGESTÃO DA GELATINA)	R\$ 4,74
28.03.024-9	SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	R\$ 3,36
28.04	HEMATOLOGIA	
28.04.013-9	COAGULOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LAÇO, RET. DO COÁGULO)	R\$ 22,77
28.04.015-5	COOMBS DIRETO	R\$ 6,71
28.04.019-8	FALCIZAÇÃO, TESTE	R\$ 3,36
28.04.031-7	FATOR RH (INCLUINDO DU QUANDO NECESSÁRIO)	R\$ 5,05
28.04.034-1	FILÁRIA, PESQUISA	R\$ 4,74
28.04.035-0	GRUPO SANGUINEO ABO (INLUI DU)	R\$ 5,05
28.04.039-2	HEMÁCIAS FETAIS, PESQUISA	R\$ 4,74
28.04.041-4	HEMATÓCRITO, DETERMINAÇÃO DE	R\$ 3,36
28.04.042-2	HEMOGLOBINA, DOSAGEM	R\$ 3,36

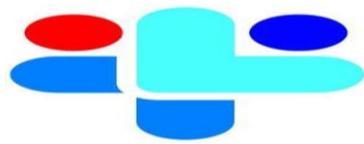


28.04.045-7	HEMOGLOBINA, INSTABILIDADE A 37 GRAUS	R\$ 6,77
28.04.047-3	HEMOGLOBINA FETAL, DESNATURAÇÃO ALCALINA	R\$ 4,74
28.04.048-1	HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROG + AVALIAÇÃO DE PLAQ.)	R\$ 10,12
28.04.049-0	HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	R\$ 3,36
28.04.056-2	PLAQUETAS, CONTAGEM	R\$ 3,36
28.04.060-0	PLASMODIO, PESQUISA	R\$ 4,74
28.04.065-1	RESISTÊNCIA GLOBULAR CURVA	R\$ 4,74
28.04.072-4	TEMPO DE LISE	R\$ 4,74
28.04.073-2	TEMPO DE PROTROMBINA	R\$ 6,76
28.04.079-1	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	R\$ 6,07
28.04.084-8	TRIPANOSSOMA, PESQUISA	R\$ 4,74
28.04.098-8	COOBS INDIRETO – INCLUI O QUANTITATIVO	R\$ 13,66
28.04.100-3	ANTICOAGULANTE LÚPICO (INIBIDOR LÚPICO)	R\$ 44,20

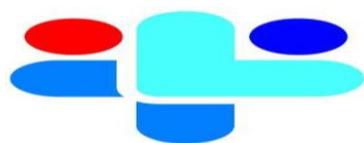
ANEXO E-12

TABELA DE EXAMES LABORATORIAIS INTERNADOS

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
28.05	HORMÔNIOS	
28.05.034-7	GONADOTROFINA CARIÔNICA (BHCG) QUIMIOLUMINESCÊNCIA	R\$ 21,19
28.06	IMUNOLOGIA	
28.06.006-7	HEP. B-HbcAc IgG(ANTI-CORE IgG OU ACOREG) ELISA	R\$ 33,77
28.06.008-3	HEP. B HbsAc (ANTI-ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE) ELISA (ANTI HBS)	R\$ 27,06
28.06.010-5	HEPATITE A HAV IgG (ELISA)	R\$ 33,83
28.06.011-3	HEPATITE A HAV IgM (ELISA)	R\$ 40,60
28.06.040-7	COMPLEMENTO CH-50, DOSAGEM	R\$ 18,82
28.06.100-4	SIFILIS – VDRL INCLUSIVE QUANTITATIVO OU OUTRO CARDIOLIPINIC	R\$ 6,07
28.06.119-5	HEPATITE B HbcAC (HBC IGM)	R\$ 40,47
28.06.165-9	HEPATITE C – ANTI HCV	R\$ 68,29
28.06.169-1	HV1 + HIV2 (DETERMINAÇÃO CONJUNTA)	R\$ 68,29
28.09	LÍQUIDO CEFALORRAQUEANO (LÍQUOR)	
28.09.002-0	CÉLULAS, CONTAGEM ESPECÍFICA	R\$ 6,83
28.09.003-9	CÉLULAS E CARACTERES GERAIS + CONTAGEM GLOBAL	R\$ 4,74
28.10	MICROBIOLOGIA	
28.10.006-9	BAAR (ZIEHL OU FLUORESCÊNCIA, PESQ. DIRETA E PÓS HOMOGEN.)	R\$ 9,48
28.10.009-3	BACTERIOSCOPIA (GRAM, ZIEHL, ALBERT, ETC...)POR LÂMINA	R\$ 5,05
28.10.026-3	ROTAVÍRUS, PESQUISA ELISA	R\$ 17,07
28.10.066-2	CULTURA AUTOMATIZADA	R\$ 29,46
28.10.067-0	ANTIBIOGRAMA AUTOMATIZADO	R\$ 35,61
28.10.072-7	HEMOCULTURA AUTOMATIZADA (POR AMOSTRA)	R\$ 39,96



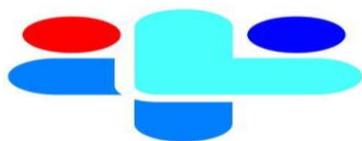
28.13	URINA	
28.13.031-6	PESQ OU DOSAGEM DE UM COMPONENTE URINARIO	R\$ 3,38
28.13.036-7	URINA ROTINA	R\$ 6,07
28.14	DIVERSOS	
28.14.005-2	PERFIL REUMATOLOGICO	R\$ 33,75



ANEXO E-13

ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
100-490	DIAGNÓSTICO	
100-190	EXAME CLÍNICO	
110	CONSULTA	R\$ 14,00
120	URGÊNCIA: NOTURNA, SÁBADO, DOMINGO OU FERIADOS	R\$ 14,00
130	AVALIAÇÃO TÉCNICA: PERÍCIA INICIAL OU FINAL	R\$ 14,00
140	FALTA A CONSULTA	R\$ 14,00
200-390	RADIOLOGIA	
210	PERIAPICAL	R\$ 7,00
215	SÉRIE COMPLETA	R\$ 98,00
220	INTERPROXIMAL (BITE-WING)	R\$ 7,00
230	OCLUSAL	R\$ 14,00
240	RX POSTERO-ANTERIOR -	R\$ 42,00
250	RX DA ATM SÉRIE COMPLETA (TRÊS INCIDÊNCIAS)	R\$ 43,00
260	PANORÂMICA	R\$ 35,00
270	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R\$ 48,00
280	TELERRADIOGRAFIA SEM TRAÇADO COMPUTADORIZADO	R\$ 44,00
290	RX DA MÃO (CARPAL)	R\$ 46,00
300	MODELOS ORTODÔNTICOS (PAR)	R\$ 37,00
310	SLIDES (UNIDADE)	R\$ 7,00
320	FOTOGRAFIA (UNIDADE)	R\$ 8,00
330	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA	R\$ 141,00
340	PLANIGRAFIA DE ATM BOCA ABERTA / BOCA FECHADA	R\$ 70,00
400-490	TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO	
410	TESTE DE RISCO DE CÁRIE, PH, CAPACIDADE TAMPÃO OU FLUXO SALIVAR	R\$ 21,00
500-590	PREVENÇÃO	
510	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO (QUATRO HEMIARCADAS)	R\$ 27,00
520	ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL	R\$ 22,00
530	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR (EXCLUINDO PROFILAXIA)	R\$ 19,00
540	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (POR SESSÃO)	R\$ 19,00
550	TRATAMENTO DE GENGIVITE - TERAPÊUTICA BÁSICA (DUAS HEMIARCADAS)	R\$ 43,00
600-890	ODONTOPEDIATRIA	
610	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR-VERNIZ (QUATRO HEMIARCADAS)	R\$ 19,00
620	APLICAÇÃO DE SELANTE (POR ELEMENTO)	R\$ 11,00
630	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA (POR ELEMENTO)	R\$ 13,00
640	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO - 1 SESSÃO (QUATRO HEMIARCADAS)	R\$ 19,00
650	REMINERALIZAÇÃO – FLUORTERAPIA (QUATRO SESSÕES)	R\$ 53,00
660	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IONÔMERO DE VIDRO (POR HEMIARCADA)	R\$ 32,00
670	ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL COM IRM (POR HEMIARCADA)	R\$ 32,00
680	RESTAURAÇÃO À IONÔMERO DE VIDRO (1 FACE)	R\$ 32,00
690	RESTAURAÇÃO PREVENTIVA (IONÔMERO + SELANTE)	R\$ 26,00



ANEXO E-13

ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
600-890	ODONTOPEDIATRIA	
700	COROA DE AÇO	R\$ 48,00
710	PULPOTOMIA	R\$ 40,00
720	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DECIDUOS	R\$ 53,00
730	EXODONTIA DE DENTES DECIDUOS	R\$ 16,00
740	MANTENEDOR DE ESPAÇO	R\$ 85,00
750	PLACA DE MORDIDA	R\$ 96,00
760	PLANO INCLINADO	R\$ 96,00
770	CONDICIONAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA (POR SESSÃO, MÁXIMO DUAS)	R\$ 27,00
780	ULOTOMIA	R\$ 37,00
790	ULECTOMIA	R\$ 43,00
900-1990	DENTÍSTICA	
910	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 1 FACE	R\$ 21,00
920	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 2 FACES	R\$ 32,00
930	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 3 FACES	R\$ 37,00
940	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA - 4 FACES	R\$ 43,00
950	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA PIM	R\$ 43,00
960	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – CLASSES I, V OU VI	R\$ 27,00
970	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – CLASSE III	R\$ 32,00
980	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – CLASSES II OU IV	R\$ 43,00
990	FACETA EM RESINA	R\$ 43,00
1000	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM INÔMERO DE VIDRO	R\$ 32,00
1010	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	R\$ 37,00
1020	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO EM AMÁLGAMA	R\$ 37,00
1030	AJUSTE OCLUSAL (POR SESSÃO)	R\$ 27,00
1040	PINO DE RETENÇÃO INTRARADICULAR	R\$ 19,00
1050	CLAREAMENTO DE DENTES VITALIZADOS (POR ARCADA)	R\$ 160,00
2000-2990	ENDODONTIA	
2010	TRATAMENTO ENDODÔNTICO INCISIVO OU CANINO	R\$ 85,00
2020	TRATAMENTO ENDODÔNTICO PRÉ-MOLAR	R\$ 96,00
2030	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MOLAR	R\$ 192,00
2040	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO INCISIVO OU CANINO	R\$ 91,00
2050	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO PRÉ-MOLAR	R\$ 128,00
2060	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MOLAR	R\$ 213,00
2070	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO	R\$ 43,00
2080	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARADICULAR (POR ELEMENTO)	R\$ 43,00
2090	CAPEAMENTO PULPAR (EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL)	R\$ 37,00
2100	PULPOTOMIA	R\$ 37,00
2110	CLAREAMENTO (POR ELEMENTO) DESVITALIZADO	R\$ 64,00
2120	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARADICULAR	R\$ 19,00

ANEXO E-13
ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
2000-2990	ENDODONTIA	
2130	TRATAMENTO DE DENTES COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA (POR SESSÃO)	R\$ 27,00
2140	URGÊNCIA ENDO. - PULPECTOMIA (INDPENENTE DA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO)	R\$ 32,00
3000-3990	PERIODONTIA	
3010	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE PERIODONTITE LEVE (POR SEGMENTO)	R\$ 37,00
3020	TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DE PERIODONTITE AVANÇADA (POR SEGMENTO)	R\$ 37,00
3030	TRATAMENTO DE PROCESSO AGUDO (POR SESSÃO)	R\$ 43,00
3040	CONTROLE DE PLACA BACTERIANA (POR SESSÃO)	R\$ 19,00
3050	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA (POR SEGMENTO)	R\$ 19,00
3060	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA COM RESINA FOTOPLIMERIZÁVEL (3 DENTES)	R\$ 48,00
3070	AJUSTE OCLUSAL (POR SESSÃO)	R\$ 27,00
3080	REMOÇÃO DE FATORES DE RETENÇÃO	R\$ 32,00
3090	AUMENTO DE CORAO CLÍNICA	R\$ 100,00
3100	PROSERVAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA (POR SEGMENTO)	R\$ 32,00
3110	GENGIVECTOMIA (POR SEGMENTO)	R\$ 53,00
3120	CIRURGIA RETALHO (POR SEGMENTO)	R\$ 75,00
3130	SEPULTAMENTO RADICULAR (POR RAIZ)	R\$ 75,00
3140	CUNHA DISTAL	R\$ 69,00
3150	EXTENÇÃO DE VESTÍBULO (POR SEGMENTO)	R\$ 75,00
3160	ENXERTO PEDICULADO (POR SEGMENTO)	R\$ 48,00
3170	ENXERTO LIVRE (POR SEGMENTO)	R\$ 85,00
3180	FRENECTOMIA OU BRIDECTOMIA	R\$ 59,00
3190	ODONTO-SECÇÃO (POR ELEMENTO)	R\$ 59,00
3200	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGADA - POR RAIZ	R\$ 91,00
3210	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGADA - POR RAIZ	R\$ 91,00
3220	MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO	R\$ 32,00
4000-4990	PRÓTESES	
4010	PLANEJAMENTO EM PRÓTESE (MODELOS DE ESTUDO - PAR, MONTAGEM EM ARTICULADOR SEMI-AJUSTÁVEL)	R\$ 37,00
4020	ENCERAMENTO DE DIAGNÓSTICO (POR ELEMENTO)	R\$ 13,00
4030	AJUSTE OCLUSAL (POR SESSÃO)	R\$ 27,00
4040	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	R\$ 112,00
4050	RESTAURAÇÃO INLAY E ONLAY DE PORCELANA	R\$ 300,00
4060	REMOÇÃO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA OU COROAS	R\$ 21,00
4070	RECOLOCAÇÃO DE RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA OU COROAS	R\$ 21,00
4080	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	R\$ 75,00
4090	COROA PROVISÓRIA	R\$ 43,00
4100	COROA PROVISÓRIA PRESADA EM RESINA	R\$ 96,00
4110	REEMBASAMENTO PROVISÓRIO	R\$ 16,00
4120	COROA DE JAQUETA ACRÍLICA	R\$ 117,00
4130	COROA DE JAQUETA DE CERÂMICA PURA	R\$ 416,00

ANEXO E-13

ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
4000-4990	PRÓTESES	
4140	COROA METALO CERÂMICA	R\$ 367,00
4150	COROA DE VENNER	R\$ 213,00
4160	COROA TOTAL METÁLICA	R\$ 128,00
4170	COROA 3/4 OU 4/5	R\$ 128,00
4180	FACETAS LAMINADAS DE PORCELANA	R\$ 361,00
4190	PRÓTESE FIXA EM METALO CERÂMICA (POR ELEMENTO)	R\$ 493,00
4200	PRÓTESE FIXA EM METALO PLÁSTICA (POR ELEMENTO)	R\$ 267,00
4210	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA	R\$ 156,00
4220	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO CERÂMICA (3 ELEMENTOS)	R\$ 733,00
4230	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALO PLÁSTICA (3 ELEMENTOS)	R\$ 533,00
4240	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	R\$ 213,00
4250	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	R\$ 341,00
4251	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL CARACTERIZADA	R\$ 426,00
4260	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PARA ENCAIXES	R\$ 426,00
4270	ENCAIXE FÊMEA OU MACHO (POR ELEMENTO)	R\$ 160,00
4280	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL	R\$ 85,00
4290	PRÓTESE TOTAL	R\$ 341,00
4300	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	R\$ 426,00
4310	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	R\$ 320,00
4320	CASQUETE DE MOLDAGEM	R\$ 21,00
4330	PONTO DE SOLDA	R\$ 43,00
4340	GUIA CIRÚRGICO PARA PRÓTESE IMEDIATA	R\$ 96,00
4350	PLACA DE MORDIDA MIORRELAXANTE	R\$ 150,00
4360	JIG OU FRONT-PLATÔ	R\$ 27,00
4370	CONSRTO EM PRÓTESE OTAL OU PARCIAL INCLUSIVE SUBSTITUIÇÃO DE DENTES	R\$ 32,00
5000-5990	CIRURGIA	
5010	EXODONTIA (POR ELEMENTO)	R\$ 37,00
5020	EXODONTIA A RETALHO	R\$ 43,00
5030	EXODONTIA (RAIZ RESIDUAL)	R\$ 37,00
5040	ALVEOLOPLASTIA (POR SEGMENTO)	R\$ 53,00
5050	ULOTOMIA	R\$ 32,00
5060	BIÓPSIA	R\$ 53,00
5070	SULCOPLASTIA (POR ARCADA)	R\$ 64,00
5080	CIRURGIA PARA TORUS PALATINO	R\$ 64,00
5090	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – UNILATERAL	R\$ 64,00
5100	CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR – BILATERAL	R\$ 85,00
5110	APICETOMIA CANINOS OU INCISIVOS	R\$ 85,00
5120	APICETOMIA CANINOS OU INCISIVOS - COM OBTURAÇÃO RETRÓGADA	R\$ 85,00
5130	APICETOMIA PRÉ-MOLARES	R\$ 91,00

ANEXO E-13

ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
5000-5990	CIRURGIA	
5140	APICETOMIA PRÉ-MOLARES - COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R\$ 91,00
5150	APICETOMIA MOLARES	R\$ 96,00
5160	APICETOMIA MOLARES - COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	R\$ 128,00
5170	FRENECTOMIA OU BRIDECTOMIA	R\$ 64,00
5180	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS OU IMPACTADOS	R\$ 96,00
5190	CIRURGIA DE TUMORES INTRA-ÓSSEOS	R\$ 96,00
5200	TRATAMENTO DE LESÃO CÍSTICA (ENUCLEAÇÃO)	R\$ 107,00
5210	TRATAMENTO DE LESÃO CÍSTICA (MAZURPLALIZAÇÃO E ENUCLEAÇÃO FINAL)	R\$ 128,00
5220	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO NO SELO MAXILAR	R\$ 107,00
5230	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FISTULA BUCO-SINUSAL OU BUCO-NASAL COM RETALHO	R\$ 107,00
5240	EXCISÃO DE GLÂNDULA SUBLINGUAL	R\$ 213,00
5250	EXCISÃO DE GLÂNDULA SUBMANDIBULAR	R\$ 213,00
5260	EXCISÃO DE GLÂNDULA PARÓTIDA	R\$ 373,00
5270	EXCISÃO DE RÂNULA	R\$ 53,00
5280	EXCISÃO DE TUMOR GLÂNDULA SALIVAR	R\$ 213,00
5290	RETIRADA DE CÁLCULO SALIVAR	R\$ 85,00
5300	EXCISÃO DE MUCUCELE DE DESENVOLVIMENTO	R\$ 213,00
5310	DRENGEM DE ABCESSO	R\$ 27,00
5320	SINUSTOMIA	R\$ 128,00
5330	PLÁSTICO DO CANAL SLENON	R\$ 213,00
5340	PALENTOLABLOPLASTIA BILATERAL	R\$ 267,00
5350	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO LEPORINO	R\$ 267,00
5360	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$ 267,00
5370	RECONSTRUÇÃO TOTAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO	R\$ 320,00
5380	REDUÇÃO CIRÚRGICA DE LUXAÇÃO DE ATM	R\$ 213,00
5390	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ANUILOSE DE ATM (POR LADO)	R\$ 320,00
5400	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOMIELLE DOS OSSOS DA FACE	R\$ 320,00
5410	EXCISÃO DE SUTURA DE LESÃO DA BOCA COM ROTAÇÃO DO RETALHO	R\$ 160,00
5420	SUTURAS SIMPLES DA FACE	R\$ 43,00
5430	SUTURAS MULTIPLAS DA FACE	R\$ 64,00
5440	MAXILECTOMIA COM OU SEM ESVAZIAMENTO ORBITÁRIO	R\$ 299,00
5450	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA PROGNATISMO	R\$ 373,00
5460	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA MICROGNATISMO	R\$ 320,00
5470	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MANDÍBULA PARA LATEROGNOSTISMO	R\$ 320,00
5480	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT I	R\$ 320,00
5490	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT II	R\$ 373,00
5500	OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA DE MAXILA TIPO LE FORT III	R\$ 480,00
5510	RECONSTRUÇÃO TOTAL DA MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO OU PRÓTESE	R\$ 373,00
5520	RECONSTRUÇÃO PARCIAL DA MANDÍBULA COM ENXERTO ÓSSEO OU PRÓTESE	R\$ 320,00

ANEXO E-13
ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
5000-5990	CIRURGIA	
5530	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL	R\$ 96,00
5540	EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO E SUTURA	R\$ 64,00
5550	CIRURGIA DE HIPERTROFIA DO LÁBIO	R\$ 160,00
5560	CIRURGIA PARA MICROSTOMIA	R\$ 267,00
5570	REDUÇÃO DE FRATURA DE ÓSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ	R\$ 267,00
5580	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	R\$ 139,00
5590	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA UNILATERAL DE MANDÍBULA	R\$ 213,00
5600	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA	R\$ 160,00
5610	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA	R\$ 267,00
5620	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA COMINUTIVA DE MANDÍBULA	R\$ 373,00
5630	REDUÇÃO DE FRATURA DE CÔNDIO MANDÍBULAR	R\$ 267,00
5640	FRATURAS ALVÉOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO CRUENTA	R\$ 85,00
5650	FRATURAS ALVÉOLO-DENTARIAS - REDUÇÃO INCRUENTA	R\$ 64,00
5660	REIMPLANTE DE DENTE (POR ELEMENTO)	R\$ 75,00
5670	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT I	R\$ 160,00
5680	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT II	R\$ 197,00
5690	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA LE FORT III	R\$ 320,00
5700	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT I	R\$ 320,00
5710	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT II	R\$ 373,00
5720	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA LE FORT III	R\$ 426,00
5730	FRATURAS COMPLEXAS DO SEGMENTO FIXO DA FACE	R\$ 320,00
5740	FRATURAS COMPLEXAS DO SEGMENTO DA FACE COM FIXAÇÃO PERICRANIANA	R\$ 373,00
5750	FRATURAS DO ARCO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA SEM FIXAÇÃO	R\$ 213,00
5760	FRATURAS DO OSSO ZIGOMÁTICO - REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO	R\$ 320,00
5770	OSTEOPLASTIA ZIGOMÁTICO - MAXILAR	R\$ 267,00
5780	RETIRADA DE FIOS INTRA OU TRANS-ÓSSEO	R\$ 27,00
5790	RETIRADA DE BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR	R\$ 27,00
5800	RETIRADA DE ARCORAGEM E CERCIAGENS	R\$ 27,00
5810	ULECTOMIA	R\$ 32,00
5820	CIRURGIA DE CISTO	R\$ 64,00
6000-6990	ORTODONTIA	
6010	APARELHO EXTRA BUCAL	R\$ 160,00
6020	PALATINA OU ARCO LINGUAL	R\$ 128,00
6030	PLACA LABIAL ATIVA	R\$ 128,00
6040	DISJUNTOR PALATINO	R\$ 192,00
6050	QUADRI-HELICE	R\$ 192,00
6060	GRADE PALATINADA FIXA	R\$ 128,00
6070	GRADE PALATINADA MÓVEL	R\$ 75,00
6080	PLACA HAWLEY E APARELHO PARA PEQUENOS MOVIMENTOS	R\$ 139,00

ANEXO E-13

ODONTOLOGIA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
6000-6990	ORTODONTIA	
6090	MENTONEIRA	R\$ 85,00
6100	ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES – BIONATOS DE BEITERS - MONOBLOCO PLANOS, BIMELER - FRANKEL OU SIMILARES	R\$ 299,00
6110	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO TOTAL - 1 ARCADA	R\$ 373,00
6120	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO PARCIAL - 1 ARCADA	R\$ 320,00
6130	MANUTENÇÃO DE APARELHO MÓVEL - CONTROLE MENSAL	R\$ 80,00
6140	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO - CONTROLE MENSAL	R\$ 80,00
7000-7990	IMPLANTODONTIA	
7010	CIRURGIA DE IMPANTE	R\$ 800,00
7020	ELEMENTO FIXO METALO-CERÂMICA SOBRE IMPLANTE	R\$ 1.000,00
7030	ELEMENTO PROVISÓRIO SOBRE IMPLANTE	R\$ 300,00
7040	PLANEJAMENTO PARA IMPLANTE	R\$ 150,00
7050	PRÓTESE PROTOCOLO PERMANENTE	R\$ 7.000,00
7060	PRÓTESE PROTOCOLO PROVISÓRIO	R\$ 1.500,00
7070	PRÓTESE SOBRE DENTADURA IMPLANTO RETIDA	R\$ 3.500,00
7080	IMPLANTE ORTODÔNTICO (MINI-IMPLANTE)	R\$ 500,00
7090	ENXERTO ÓSSEO AUTÓGENO	R\$ 2.500,00
7100	ENXERTO ÓSSEO ALÓGENO	R\$ 300,00

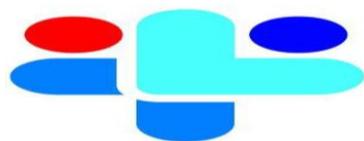
ANEXO E-14
TABELA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E ANTISSÉPTICOS

Item	Código	Descrição	Unid.	Valor
1	8001010001	ADVANTAGE ACCU – CHEK	Unid.	R\$ 2,49
2	8001010002	AGULHA DESC 13 X 4,5 P/ INSULINA	Unid.	R\$ 0,28
3	8001010003	AGULHA DESCARTÁVEL 25x5,5	Unid.	R\$ 0,28
4	8001010004	AGULHA DESCARTÁVEL 25x6,0	Unid.	R\$ 0,28
5	8001010005	AGULHA DESCARTÁVEL 25x7	Unid.	R\$ 0,28
6	8001010006	AGULHA DESCARTÁVEL 30x8	Unid.	R\$ 0,28
7	8001010007	AGULHA DESCARTÁVEL 30x7	Unid.	R\$ 0,28
8	8001010008	AGULHA DESCARTÁVEL 40x12	Unid.	R\$ 0,28
9	8001010009	AGULHA PARA ANESTESIA PERIDURAL/EPIDURAL	Unid.	R\$ 38,39
10	8001010010	AGULHA PARA RAQUIANESTESIA	Unid.	R\$ 26,09
11	8001010011	ALCOOL A 70%	ml	R\$ 0,04
12	8001010012	ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM X 1.0	Rolo	R\$ 0,93
13	8001010011	ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 12CM X 1.0	Rolo	R\$ 1,44
14	8001010012	ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 15CM X 1.0	Rolo	R\$ 2,01
15	8001010013	ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 20CM X 1.0	Rolo	R\$ 2,41
16	8001010014	ATADURA DE CREPE/CREPOM 10CMX4.5	Rolo	R\$ 1,93
17	8001010015	ATADURA DE CREPE/CREPOM 12CMX4.5	Rolo	R\$ 2,28
18	8001010016	ATADURA DE CREPE/CREPOM 15CMX4.5	Rolo	R\$ 2,49
19	8001010017	ATADURA DE CREPE/CREPOM 30CMX4.5	Rolo	R\$ 3,78
20	8001010018	ATADURA DE CREPOM 20CMX4,5MT	Rolo	R\$ 3,44
21	8001010019	ATADURA DE CREPOM 25CMX4,5MT	Rolo	R\$ 3,78
22	8001010020	ATADURA DE GESSO 10 CM	Unid.	R\$ 1,94
23	8001010021	ATADURA DE GESSO 12 CM	Unid.	R\$ 2,68
24	8001010022	ATADURA DE GESSO 15 CM	Unid.	R\$ 3,37
25	8001010021	ATADURA DE GESSO 20 CM	Unid.	R\$ 5,28
26	8001010022	BIO KIT DRENAGEM TORAX ADULTO / INFANTIL	Unid.	R\$ 77,04
27	8001010023	BOLSA COLOSTOMIA COM KARAYA	Unid.	R\$ 35,50
28	8001010024	BOLSA DE COLOSTOMIA SIMPLES	Unid.	R\$ 0,85
29	8001010025	CATETER C/ ESTILETE DP (diálise peritonial)	Unid.	R\$ 81,32
30	8001010026	CATETER EPIDURAL/PERIDURAL	Unid.	R\$ 58,85
31	8001010027	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	Unid.	R\$ 4,12
32	8001010028	CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA DESCART.	Unid.	R\$ 34,03
33	8001010029	CATETER S/ ESTILETE DP (diálise peritonial)	Unid.	R\$ 14,45
34	8001010030	CLAMP UMBILICAL	Unid.	R\$ 0,94
35	8001010031	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	Unid.	R\$ 10,00
36	8001010032	COLETOR URINA ABERTO 2000ML	Unid.	R\$ 2,21
37	8001010033	COLETOR URINA INFANTIL	Unid.	R\$ 1,71
38	8001010034	COLETOR URINA P/ INC. URINÁRIA (UROPEN)	Unid.	R\$ 1,61
39	8001010035	COMPRESSA CIRÚRGICA (23x25 CM)	Unid.	R\$ 1,50

ANEXO E-14

TABELA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E ANTISSEPTICOS

Item	Código	Descrição	Unid.	Valor
40	8001010036	COMPRESSA/CAMPO OPERATÓRIO (45 X 50 CM)	Unid.	R\$ 2,25
41	8001010037	COTONETE (somente p/ cirurgias oftalmológicas)	Unid.	R\$ 0,03
42	8001010038	DRENO A VÁCUO/SUCÇÃO Bional 400ml	Unid.	R\$ 36,00
43	8001010039	DRENO KHER 8 A 22	Unid.	R\$ 10,71
44	8001010040	DRENO PENROSE 1	Unid.	R\$ 1,13
45	8001010041	DRENO PENROSE 2	Unid.	R\$ 1,41
46	8001010042	DRENO PENROSE 3	Unid.	R\$ 2,10
47	8001010043	DRENO TÓRAX N 18 A 40	Unid.	R\$ 14,77
48	8001010044	ELETRODO DESCARTÁVEL ADULTO	Unid.	R\$ 0,40
49	8001010045	ELETRODO DESCARTÁVEL INFANTIL	Unid.	R\$ 0,40
50	8001010046	EQUIPO BOMBA INFUSÃO FOTOSENSÍVEL	Unid.	R\$ 452,18
51	8001010047	EQUIPO BOMBA INFUSÃO EUROFIX COMPACT	Unid.	R\$ 300,00
52	8001010048	EQUIPO COM BURETA 100	Unid.	R\$ 6,38
53	8001010049	EQUIPO FOTOSSENSÍVEL	Unid.	R\$ 9,02
54	8001010050	EQUIPO IRRIGAFIX 04 VIAS	Unid.	R\$ 12,24
55	8001010051	EQUIPO MACROGOTAS SIMPLES	Unid.	R\$ 1,30
56	8001010052	EQUIPO MICROGOTAS SIMPLES	Unid.	R\$ 2,00
57	8001010053	EQUIPO POLIFIX 2 VIAS	Unid.	R\$ 10,70
58	8001010054	EQUIPO PVC	Unid.	R\$ 5,16
59	8001010055	ESPARADRAPO MICROPORE	Cm	R\$ 0,03
60	8001010056	FLUXOR 2 VIAS	Unid.	R\$ 15,30
61	8001010057	GAZE 7,5 X 7,5	Unid.	R\$ 0,05
62	8001010058	INTRACATH ADULTO	Unid.	R\$ 23,60
63	8001010059	INTRACATH INFANTIL	Unid.	R\$ 42,36
64	8001010060	JELCO / ABOCATH/INTROCAN	Unid.	R\$ 48,13
65	8001010061	LAMINA BISTURI DESCARTÁVEL	Unid.	R\$ 0,80
66	8001010062	LANCETA	Unid.	R\$ 0,51
67	8001010063	LUVA CIRÚRGICA DESCARTÁVEL ESTÉRIL	Par	R\$ 1,66
68	8001010064	LUVA DE PROCEDIMENTO	Par	R\$ 0,75
69	8001010065	MALHA TUBULAR	Cm	R\$ 0,03
70	8001010066	NEOFIX MULTIVIA NEONATAL	Unid.	R\$ 11,33
71	8001010067	PLASTIBEL	Unid.	R\$ 35,39
72	8001010068	PREVENOFIX	Unid.	R\$ 13,70
73	8001010069	RESPIRON	Unid.	R\$ 39,11
74	8001010070	SALTO ORTOPÉDICO	Unid.	R\$ 2,84
75	8001010071	SCALP Nº19 A 27	Unid.	R\$ 1,30
76	8001010072	SERINGA DE 01	Unid.	R\$ 1,00

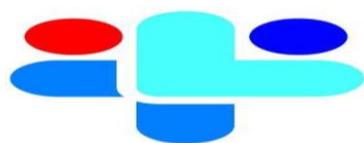


77	8001010073	SERINGA DE 03	Unid.	R\$ 0,84
----	------------	---------------	-------	----------

ANEXO E-14

TABELA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E ANTISSÉPTICOS

Item	Código	Descrição	Unid.	Valor
78	8001010074	SERINGA DE 05	Unid.	R\$ 0,94
79	8001010075	SERINGA DE 10	Unid.	R\$ 1,26
80	8001010076	SERINGA DE 20	Unid.	R\$ 2,45
81	8001010077	SERINGA DESCARTÁVEL P/INSULINA C/AGULHA	Unid.	R\$ 1,13
82	8001010078	SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL. 4 A 10	Unid.	R\$ 1,30
83	8001010079	SONDA ENDOTRAQUEAL 12 A 18	Unid.	R\$ 13,20
84	8001010080	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO C/ BALÃO	Unid.	R\$ 17,01
85	8001010081	SONDA FOLEY 16 A 24 2 VIAS	Unid.	R\$ 9,36
86	8001010082	SONDA FOLEY 16-30 3 VIAS	Unid.	R\$ 10,80
87	8001010083	SONDA GÁSTRICA/NASOGAST 04 A 14	Unid.	R\$ 1,93
88	8001010084	SONDA RETAL 4 A 32	Unid.	R\$ 1,75
89	8001010085	SONDA URETRAL 04 A 24	Unid.	R\$ 1,54
90	8001010086	TALAFIX DEDO	Unid.	R\$ 2,25
91	8001010087	TORNEIRA DESCARTAVEL 02 VIAS	Unid.	R\$ 1,50
92	8001010088	TORNEIRA DESCARTÁVEL 03 VIAS	Unid.	R\$ 2,80
93	8000000603			
Item	Código	Curativos Especiais	Unid.	Valor
94	8001010089	ASKINA BIOFIMS 10X10	Unid.	R\$ 42,54
95	8001010090	ASKINA BIOFIMS 15X15	Unid.	R\$ 90,46
96	8001010091	Bioclusive 10x12 Ethicon	Unid.	R\$ 14,95
97	8001010092	Bioclusive 10x25 Ethicon	Unid.	R\$ 30,64
98	8001010093	Curativo Hidrocoloide Advanced Regular 10x10	Unid.	R\$ 59,51
99	8001010094	Curativo Hidrocoloide Advanced Regular 15x15	Unid.	R\$ 129,29
100	8001010095	Curativo Hidrocoloide Advanced Regular 20x20	Unid.	R\$ 167,97
101	8001010096	Curativo Hidrocoloide Transp. Esteril COMFEEL PLUS 10X10	Unid.	R\$ 35,95
102	8001010097	Curativo Hidrocoloide Transp. Esteril COMFEEL PLUS 15X20	Unid.	R\$ 109,56
103	8001010098	Curativo Hidrocoloide Transp. Esteril COMFEEL PLUS 20X20	Unid.	R\$ 141,24
104	8001010099	Curativo Hidrocoloide Extrafino 10x10	Unid.	R\$ 25,92
105	8001010100	Curativo Hidrocoloide Extrafino 15x15	Unid.	R\$ 56,32
106	8001010101	Curativo Hidrocoloide Extrafino 20x20	Unid.	R\$ 103,68
107	8001010102	Curativo Hydrocoll THIN 10X10	Unid.	R\$ 55,22
108	8001010103	Curativo Hydrocoll THIN 15X15	Unid.	R\$ 94,25



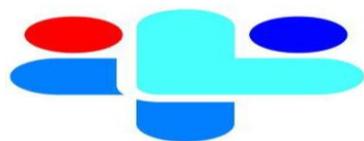
109	8001010104	Curativo Hydrocoll THIN 20X20	Unid.	R\$ 133,05
110	8001010105	Curativo Tegaderm 8,5x11,5 cm	Unid.	R\$ 25,96

ANEXO E-14

TABELA DE MATERIAIS DESCARTÁVEIS E ANTISSÉPTICOS

Item	Código	Descrição	Unid.	Valor
111	8001010106	Duoderm CGF c/ borda 10 x 10	Unid.	R\$ 92,80
112	8001010107	Duoderm CGF c/ borda 15 x 15	Unid.	R\$ 160,00
113	8001010108	Duoderm CGF c/ borda 20 x 20	Unid.	R\$ 172,80
114	8001010109	Duoderm extra fino 10 x 10	Unid.	R\$ 41,60
115	8001010110	Duoderm extra fino 10 x 05	Unid.	R\$ 32,20
116	8001010111	Saf-Gel (Tubo c/ 85gr)	gr	R\$ 1,32
Item	Código	Material Para Nutrição	Unid.	Valor
117	8001010112	BOLSA PARENTERAL 1000 ML	Unid.	R\$ 35,96
118	8001010113	BOLSA PARENTERAL 2000 ML	Unid.	R\$ 43,68
119	8001010114	BOLSA PARENTERAL 250 ML	Unid.	R\$ 28,60
120	8001010115	BOLSA PARENTERAL 500 ML	Unid.	R\$ 34,60
121	8001010116	CDL / CERTOFIX	Unid.	R\$ 176,00
122	8001010117	EQUIPO DE TRANSFERENCIA NUTRIÇÃO PARENTERAL	Unid.	R\$ 11,02
123	8001010118	EQUIPO ENTERAL C/ ADAPTADOR ABERTO COMUM	Unid.	R\$ 2,05
124	8001010119	EQUIPO ENTERAL C/ ADAPTADOR FECHADO BOMBA	Unid.	R\$ 25,60
125	8001010120	EQUIPO NUTRIÇÃO PARENTERAL BOMBA	Unid.	R\$ 55,47
126	8001010121	FRASCO ENTERAL 300 ML	Unid.	R\$ 1,88
127	8001010122	KIT GTT	Unid.	R\$ 500,00
128	8001010123	SONDA ENTERAL	Unid.	R\$ 19,90
129	8001010124	SONDA ENTERAL FREKA	Unid.	R\$ 120,00

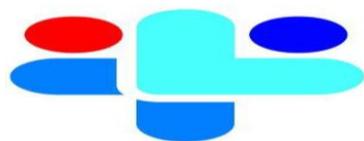
OBS. FIOS DE SUTURA - BRASÍNDICE (ESPECIFICAR FABRICANTE E CODIGO DO PRODUTO)



ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
1	8002010001	ACETABULAR CERAMICA AMPLITUDE	R\$ 4.702,00
2	8002010002	ADESIVO TECIDULAR	R\$ 400,00
3	8002010003	AGENTE FIBRINOLÍTICO PARA CIRURGIA NEUROLÓGICA (DURASEAL)	R\$ 9.900,00
4	8002010004	AGENTE HEMOSTÁTICO	R\$ 2.400,90
5	8002010005	AGENTE HEMOSTÁTICO HELITENE	R\$ 1.890,00
6	8002010006	AGREGADOR ÓSSEO SIMPLES	R\$ 252,00
7	8002010007	AGULHA DE ESCLEROSE DE COLONOSCOPIA / ENDOSCOPIA	R\$ 280,00
8	8002010008	AGULHA DE INJEÇÃO SUBMUCOSA	R\$ 180,00
9	8002010009	AGULHA DE PUNÇÃO RENAL	R\$ 94,50
10	8002010010	AGULHA PARA BIOPSIA	R\$ 490,00
11	8002010011	AGULHA PARA PUNÇÃO TRANSEPTAL	R\$ 1.860,00
12	8002010012	AGULHA PARA SUTURA	R\$ 1.050,00
13	8002010013	ALÇA DE POLIPECTOMIA	R\$ 280,00
14	8002010014	ALÇA DE POLIPECTOMIA GIRATORIA	R\$ 300,00
15	8002010015	ALÇA DE RESSEÇÃO P/ ACM 24FN BIPOLAR	R\$ 540,00
16	8002010016	ALÇA DE RESSECÇÃO	R\$ 412,00
17	8002010017	ALÇA DE RESSECÇÃO TITANIUM WEDGE - STORE SINGLE MONOPOLAR	R\$ 460,75
18	8002010018	ALÇA MONOPOLAR BOLA	R\$ 450,00
19	8002010019	ALÇA ROLLER (ELETR. BOLA)	R\$ 485,00
20	8002010020	ANCORA 4.0 mm (ORTOSINTESE)	R\$ 2.100,00
21	8002010021	ANCORA BIO PUSHLOCK	R\$ 1.520,00
22	8002010022	ANEL 3D ANULOPLASTIA TRICUSPIDE (MITRAL MAGIS) MC3	R\$ 4.235,00
23	8002010023	ANEL PARA ANELOPLASTIA VALVULAR	R\$ 262,00
24	8002010024	ANEL PARA VALVOPLASTIA MITRAL	R\$ 358,00
25	8002010025	ANGIO SEAL FR - SELADOR DE PUNÇÃO - 6F/ 8F	R\$ 1.480,00
26	8002010026	ARISTA 1G - HEMOSTATICO ABSORVIVEL PÓ	R\$ 480,00
27	8002010027	ARRUELA DE TITÂNIO PARA CIRURGIA DA COLUNA	R\$ 96,00
28	8002010028	ARRUELA DENTADA	R\$ 42,00
29	8002010029	ARRUELA LISA	R\$ 8,00
30	8002010030	ASPIRADOR DESCARTÁVEL	R\$ 2.771,00
31	8002010031	ASPIRADOR ULTRASSÔNICO / TAXA DE USO	R\$ 5.000,00
32	8002010032	AVITENE 1 G - HEMOSTATICO MICROFIBRILAR	R\$ 480,00
33	8002010033	BAINHA DILATADORA URETERAL - UROPASS	R\$ 462,00
34	8002010034	BAINHA INTRODUTORA ARTERIAL LONGA	R\$ 1.750,00
35	8002010035	BAINHA INTRODUTORA KSAW	R\$ 4.200,00
36	8002010036	BAINHA INTRODUTORA LONGA 90 CM - INTRODUTOR LONGO	R\$ 1.210,00

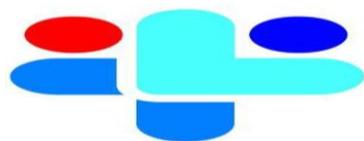


37	8002010037	BAINHA INTRODUTORA PARA PUNÇÃO TRANSEPTAL	R\$ 812,00
38	8002010038	BAINHA MULLINS	R\$ 650,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
39	8002010039	BALAO DE REMODELING - BALAO ELUIDOR DE FÁRMACO	R\$ 12.000,00
40	8002010040	BALAO DESTACÁVEL	R\$ 1.200,00
41	8002010041	BALAO DILATADOR COM GUIA FIXA CRE FIXA TAM 6,7MM A 18-19-20 MM 180CM (gastro - colangiopancreatografia)	R\$ 630,00
42	8002010042	BALAO DILATADOR COM GUIA FIXA CRE FIXA TAM 6,7MM A 18-19-20 MM 240CM (gastro - coalngiopacreat)	R\$ 1.170,00
43	8002010043	BALAO DILATADOR ESÔFAGO / COLONO DILATAÇÃO BALAO DIAM 45 FR 15 mm X 6 cm	R\$ 1.170,00
44	8002010044	BALAO DILATADOR PNEUMÁTICO DE CÁRDIA (ACALASIA)	R\$ 2.215,00
45	8002010045	BALAO DILATADOR URETERAL	R\$ 1.000,00
46	8002010046	BALAO EQUALIZER PARA ANGIOPLASTIA	R\$ 2.500,00
47	8002010047	BALAO EXTRATOR CALCULO BILIAR (CPRE)	R\$ 1.500,00
48	8002010048	BALAO HIPERGLIDE DE OCLUSÃO	R\$ 7.935,00
49	8002010049	BALAO INTRA AÓRTICO	R\$ 7.900,00
50	8002010050	BALAO PARA ANGIOPLASTIA CAROTIDEA 0,6 x 20 - 2,0 x 15	R\$ 4.200,00
51	8002010051	BALAO PASSEIO 18 2,5 X 170 mm - 3,0 X 170 mm - 3,5 X 170 mm	R\$ 2.172,00
52	8002010052	BALAO PASSEIO 18 5,0 X 40mm	R\$ 1.408,00
53	8002010053	BALAO ULTRA SOFT 05X20	R\$ 1.000,00
54	8002010054	BARRA SACRAL	R\$ 84,00
55	8002010055	BARRA TI P/ MATC	R\$ 670,00
56	8002010056	BARRA TRANSVERSAL FLEXÍVEL INTERTRAVA 66-72 MM - CROSSLINK	R\$ 2.870,00
57	8002010057	BARREIRA BIOABSORVIVEL (ANTI ADERENTE) (ADESÃO TECIDUAL)	R\$ 3.500,00
58	8002010058	BERIPLAST 3.0 ML (SELANTE DE FIBRINA)	R\$ 1.030,00
59	8002010059	BERIPLAST 2 ML (SELANTE DE FIBRINA)	R\$ 652,00
60	8002010060	BIOSS GRANULAÇÃO LARGE 2 G	R\$ 894,00
61	8002010061	BIOSS GRANULAÇÃO LARGE 0,5 G	R\$ 223,50
62	8002010062	BLOQUEADOR ROSCA TRAVA - CONECTOR DE BLOQUEIO	R\$ 245,00
63	8002010063	BROCA CIRURGICA DESBASTADORA	R\$ 430,00
64	8002010064	BROCA CRANIOTOMIA INFANTIL 11/7MM - FRESA DE PARADA AUTOMATICA DESCARTAVEL	R\$ 3.413,00
65	8002010065	BROCA DE DESGASTE OSSEO	R\$ 430,00
66	8002010066	BROCA DIAMANTADA	R\$ 430,00
67	8002010067	CABEÇA CERAMICA AMPLITUDE	R\$ 3.120,00
68	8002010068	CABEÇA UMERAL	R\$ 3.347,00
69	8002010069	CABO DE NITINOL (FIO GUIA)	R\$ 250,00
70	8002010070	CABO DESTACADOR - GDC	R\$ 1.350,00
71	8002010071	CAGE CERVICAL TERMOMOLDÁVEL	R\$ 7.500,00
72	8002010072	CAMPO CIRÚRGICO IOBAN	R\$ 156,00

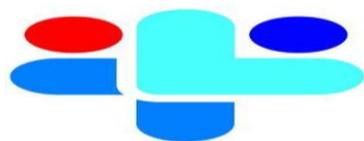


73	8002010073	CANULA ARAMADA VENOSA DE DUPLO ESTÁGIO	R\$ 459,00
74	8002010074	CANULA ARTERIAL	R\$ 223,90

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
75	8002010075	CANULA ARTERIAL ARAMADA	R\$ 250,00
76	8002010076	CANULA DE CARDIOPLEGIA ANTEROGRADA	R\$ 510,00
77	8002010077	CANULA DE RETROPLEGIA	R\$ 720,00
78	8002010078	CANULA PARA CARDIOPLEGIA	R\$ 250,00
79	8002010079	CANULA PASSAPORT BUTTON 6MM X 2CM	R\$ 580,00
80	8002010080	CANULA SELETIVA	R\$ 300,00
81	8002010081	CANULA SILICONE PARA OMBRO	R\$ 185,00
82	8002010082	CANULA VENOSA	R\$ 252,00
83	8002010083	CANULA VENOSA ARAMADA TRIPLO ESTÁGIO	R\$ 260,00
84	8002010084	CANULA VENOSA FEMURAL	R\$ 1.453,50
85	8002010085	CANULOTOMO	R\$ 675,00
86	8002010086	CARGA AZUL PARA GRAMPEADOR 45 MM	R\$ 1.050,00
87	8002010087	CARGA AZUL PARA GRAMPEADOR 75	R\$ 245,00
88	8002010088	CARGA BRANCA PARA GRAMPEADOR 45 MM	R\$ 620,00
89	8002010089	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE PARA GASTROPLASTIA	R\$ 915,00
90	8002010090	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR/CORTANTE	R\$ 245,00
91	8002010091	CARGA VERDE PARA GRAMPEADOR	R\$ 1.110,00
92	8002010092	CATETER DE TERMODILUIÇÃO CONTÍNUA	R\$ 620,00
93	8002010093	CATETER TENCKHOFF ADULTO 47 CM COM 2 CUFFS	R\$ 293,00
94	8002010094	CATETER TERAPEUTICO ALCATH RED TC	R\$ 3.890,00
95	8002010095	CATETER ANGIOGRÁFICO GLIDECATH	R\$ 225,00
96	8002010096	CATETER ANGIOGRÁFICO IMAGER II 5 FR	R\$ 305,00
97	8002010097	CATETER ANGIOGRAFICO MICKAELSON	R\$ 420,00
98	8002010098	CATETER ANGIOGRÁFICO PIG TAIL 5 FR	R\$ 120,00
99	8002010099	CATETER ANGIOJET	R\$ 7.000,00
100	8002010100	CATETER ATLANTIS	R\$ 4.640,00
101	8002010101	CATETER ATRIAL / PERITONEAL	R\$ 170,00
102	8002010102	CATETER BALAO - 10 X 40 mm - CATETER PERIFERICO	R\$ 2.500,00
103	8002010103	CATETER BALAO PERIFÉRICO PASSEO	R\$ 4.500,00
104	8002010104	CATETER BALAO PERIFÉRICO SAILOR PLUS	R\$ 4.150,00
105	8002010105	CATETER BALAO ADVANCE 14 3 X 40 MM - 14 2,5 X 80 MM - 35.5 X 40 MM	R\$ 1.900,00
106	8002010106	CATETER BALAO AMPHIRIUM	R\$ 6.900,00
107	8002010107	CATETER BALAO AMPHIRIUM DEEP	R\$ 7.200,00
108	8002010108	CATETER BALAO BANTAM - CATETER BALAO PERIFÉRICO P/ RESGATE	R\$ 7.120,00
109	8002010109	CATETER BALAO CODA	R\$ 6.500,00
110	8002010110	CATETER BALAO COMPLACE	R\$ 3.800,00

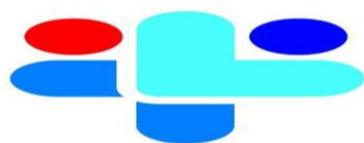


111	8002010111	CATETER BALAO COYOTE 2.5 x 220 - 3.0 x 220 - 3.5 x 220	R\$ 2.800,00
112	8002010112	CATETER BALAO DE ACOMODAÇÃO	R\$ 4.656,00
113	8002010113	CATETER BALAO ELECT	R\$ 3.427,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
114	8002010114	CATETER BALAO FALCON FORTE 5.0 X 20 / 6.0 X 20	R\$ 3.272,50
115	8002010115	CATETER BALAO FALCON GRANDE	R\$ 2.100,00
116	8002010116	CATETER BALAO FARMACOLOGICO ADMIRAL IN PACT - AMPHIRION IN PACT - FALCON IN PACT	R\$ 12.416,00
117	8002010117	CATETER BALAO MAXI LD/POWERFLEX 25 X 40	R\$ 2.800,00
118	8002010118	CATETER BALAO OCLUSÃO HYPERFORME MICROTHERAPEUTICS	R\$ 13.600,00
119	8002010119	CATETER BALAO P/ ANEURISMA	R\$ 15.000,00
120	8002010120	CATETER BALAO P/ ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA (CATETER HEADHUNTER (H1) 5FR 110CM)	R\$ 600,00
121	8002010121	CATETER BALAO P/ EMBOLECTOMIA ARTERIAL OU VENOSA CATETER DE FORGAT	R\$ 103,00
122	8002010122	CATETER BALAO PARA ANGIOPLASTIA PERIFERICA = BALAO PARA ANGIOPLASTIA (GAZELLE)	R\$ 499,00
123	8002010123	CATETER BALAO PARA VALVOPLASTIA	R\$ 1.600,00
124	8002010124	CATETER BALAO PERIFÉRICO OTW	R\$ 3.149,00
125	8002010125	CATETER BALAO PERIFÉRICO PARA SALVAMENTO DE MEMBRO-REEKROSS	R\$ 7.480,00
126	8002010126	CATETER BALAO POWEFLEX 10 X 20 /CATETER BALAO ADMIRAL 12 X 40/7 X 60 / INVATEC PTA 5X60 mm X 130 cm - E 6 x 40 mm COM 135 cm	R\$ 2.950,00
127	8002010127	CATETER BALAO POWEFLEX 8 X 20 E 7 x 40 COM 135 cm	R\$ 1.950,00
128	8002010128	CATETER BALAO POWERFLEX 4 x 40 mm - 6 X 80 mm	R\$ 2.800,00
129	8002010129	CATETER BALAO SAVVY 2,5 x 40 mm	R\$ 3.200,00
130	8002010130	CATETER BALAO SAVVY LONG 2.5 X 220 - 3.0 X 220 - 5 X 10	R\$ 3.500,00
131	8002010131	CATETER BALAO SLEEK 2.0 X 60 mm - 1,5 X 80 MM - 2,5 X 120 MM	R\$ 580,00
132	8002010132	CATETER BALAO SLEEK 6 X 15	R\$ 1.600,00
133	8002010133	CATETER BALAO ULTRA-THIN/ULTRA SOFT 4X20	R\$ 1.600,00
134	8002010134	CATETER BALAO VALVOPLASTIA PULMONAR	R\$ 5.800,00
135	8002010135	CATETER BALAO WEDGE	R\$ 3.100,00
136	8002010136	CATETER BELKING 5 FR	R\$ 300,00
137	8002010137	CATETER COBRA	R\$ 290,00
138	8002010138	CATETER CPRE - CANULA COM PONTA CONICA PARA CPRE	R\$ 585,00
139	8002010139	CATETER DE DRENAGEM 32 FUROS	R\$ 2.218,00
140	8002010140	CATETER DE DRENAGEM BILIAR	R\$ 720,00
141	8002010141	CATETER DE FOGARTY 3F / 4F/ 5F/ 6F	R\$ 110,00
142	8002010142	CATETER DE TERMODILUIÇÃO	R\$ 285,00
143	8002010143	CATETER DE TROMBECTOMIA MECÂNICA PERCUTÂNEA	R\$ 650,00
144	8002010144	CATETER DIAGNOSTICO DECAPOLAR	R\$ 2.400,00
145	8002010145	CATETER DIAGNÓSTICO DECAPOLAR CURVA FIXA	R\$ 2.400,00

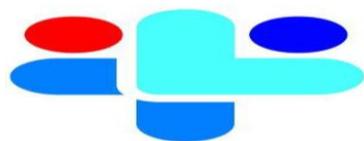


146	8002010146	CATETER DIAGNÓSTICO DEFLECTÍVEL MULTIPOLAR (HEXA, OCTA, DECA OU DUODECAPOLAR)	R\$ 4.800,00
147	8002010147	CATETER DIAGNOSTICO QUADRIPOLAR - CURVA FIXA	R\$ 2.032,00
148	8002010148	CATETER DUPLO "J" (RABO DE PORCO) PIGTAIL	R\$ 212,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
149	8002010149	CATETER DUPLO LUMEN VENOSO CENTRAL	R\$ 161,00
150	8002010150	CATETER ENVOY 6F - CURVA SIMONNS TIPO II 6F	R\$ 1.450,00
151	8002010151	CATETER FARJUS - CATETER NEURON	R\$ 4.130,00
152	8002010152	CATETER GUIA 6 F	R\$ 180,00
153	8002010153	CATETER GUIA COM BALÃO CORAIL 6 FR (PARA OCLUSÃO TEMPORÁRIA)	R\$ 3.800,00
154	8002010154	CATETER GUIA GUIDER WIRE 6 F	R\$ 920,00
155	8002010155	CATETER GUIA NEUROPATH 5 F - 6 F	R\$ 1.290,00
156	8002010156	CATETER GUIA PARA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA JR JL	R\$ 180,00
157	8002010157	CATETER GUIA SOFT SCHNEIDER	R\$ 921,00
158	8002010158	CATETER GUIDER SOFTP	R\$ 1.400,00
159	8002010159	CATETER HIDROFILICO SUPORTE	R\$ 2.800,00
160	8002010160	CATETER LAÇO GUS NECK 25MM - pescador	R\$ 4.800,00
161	8002010161	CATETER LENHAM 5 FR A 8 FR (GUIA CALIBRE)	R\$ 530,00
162	8002010162	CATETER MARKSMANN	R\$ 2.700,00
163	8002010163	CATETER MP MACH 1	R\$ 225,00
164	8002010164	CATETER MULTICATH 4J 6 F	R\$ 2.187,50
165	8002010165	CATETER MULTIPOLAR (ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO / DIAGNÓSTICO)	R\$ 510,00
166	8002010166	CATETER MULTIPOLAR (ESTUDO ELETROFISIOLOGICO / TERAPEUTICO)	R\$ 1.693,00
167	8002010167	CATETER MULTIPROPOSITI 5 F 100 CM	R\$ 1.100,00
168	8002010168	CATETER OCLUSOR DE PROTEÇÃO CEREBRAL MOMA 8 F	R\$ 8.550,00
169	8002010169	CATETER P/ MONITORIZAR A PIC C/ MEDIDOR DE TEMPERATURA PARENQUIMAL	R\$ 7.074,10
170	8002010170	CATETER P/ OCLUSÃO CRÔNICA (MASTRO-X) 1.5 X 14.	R\$ 800,00
171	8002010171	CATETER PARA ACESSO VENOSO CENTRAL SEMI OU TOTALMENTE DE LONGA PERMANÊNCIA	R\$ 245,00
172	8002010172	CATETER PERITONIAL	R\$ 1.000,00
173	8002010173	CATETER PERMCATH DE LONGA PERMANÊNCIA 55CM	R\$ 1.420,00
174	8002010174	CATETER PIG TAIL CENTIMENTRADO	R\$ 1.500,00
175	8002010175	CATETER SIMMONS II 5F (DIAGNÓSTICO)	R\$ 290,00
176	8002010176	CATETER SWAN GANZ ADULTO	R\$ 450,00
177	8002010177	CATETER SWAN GANZ DÉBITO CARDÍACO	R\$ 1.223,00
178	8002010178	CATETER SWAN GANZ PEDIÁTRICO	R\$ 573,90
179	8002010179	CATETER PERITONEAL TIPO TENCKHOFF (NEONATAL 31 CM) (INFANTIL 32 CM) COM 2 CUFFS	R\$ 293,00
180	8002010180	CATETER TENCKHOFF ADULTO 42 CM COM 2 CUFFS (KIT)	R\$ 293,00
181	8002010181	CATETER PERITONEAL TIPO TENCKHOFF INFANTIL 37 CM COM 2 CUFFS	R\$ 293,00

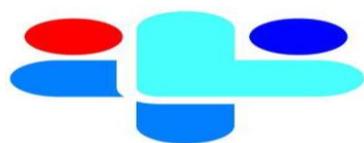


182	8002010182	CATETER TERAPEUTICO DEFLECTÍVEL QUADRIPOLAR	R\$ 6.300,00
183	8002010183	CATETER TERAPEUTICO MULTIPOLAR - CATETER RF ENHANCER II S/M	R\$ 4.200,00
184	8002010184	CATETER TERAPEUTICO PARA ABLAÇÃO	R\$ 3.627,00
185	8002010185	CATETER URETERAL	R\$ 120,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
186	8002010186	CATETER URETERAL DUPLO J	R\$ 114,00
187	8002010187	CATETER URETERAL DUPLO J - KIT COM GUIA	R\$ 280,00
188	8002010188	CATETER URETERAL WISTE-TIP FURO LAT 6 FR	R\$ 99,00
189	8002010189	CATETER URETRAL DUPLO J "RABO DE PORCO"	R\$ 170,00
190	8002010190	CATETER VENOSO CENTRAL TRIPLO LÚMEN PARA OXIMETRIA - PRESEP	R\$ 2.060,00
191	8002010191	CATETER VENTRICULAR	R\$ 1.000,00
192	8002010192	CATETER VENTRICULAR COM RESERVATÓRIO	R\$ 119,00
193	8002010193	CATETER VENTRICULAR ISOLADO	R\$ 59,00
194	8002010194	CATETER VERTEBRAL 5 FR 100 CM (ANGIOGRAFICO)	R\$ 234,00
195	8002010195	CATETER VERTEBRAL 5F IMAGE II	R\$ 630,00
196	8002010196	CATETER VIACATH NG 10	R\$ 3.496,00
197	8002010197	CENTRALIZADOR PARA COMPONENTES FEMURAL CIMENTADO MODULAR	R\$ 120,00
198	8002010198	CERA PARA OSSO	R\$ 27,00
199	8002010199	CESTA BASKET TIPO TRAPEZOIDE PARA CPRE	R\$ 2.500,00
200	8002010200	CESTA PARA EXTRAÇÃO DE CÁLCULO BILIARES TRAPEZÓIDE (GASTROENTEROLOGIA)	R\$ 1.800,00
201	8002010201	CIMENTO ORTOPEDICO COM ANTIBIÓTICO	R\$ 107,00
202	8002010202	CIMENTO ÓSSEO ORTOPÉDICO	R\$ 368,00
203	8002010203	CIMENTO SEM ANTIBIÓTICO	R\$ 53,00
204	8002010204	CLAMPER CRANIOFIX 11 MM - BOTAO	R\$ 630,00
205	8002010205	CLAMPER CRANIOFIX 16 MM - SISTEMA DE FIXAÇÃO CRANIANA - BOTAO	R\$ 1.161,00
206	8002010206	CLIP DE RANEY DESCARTÁVEL - CLIP ACRA CUT	R\$ 1.255,00
207	8002010207	CLIP HEMOSTASIA	R\$ 900,00
208	8002010208	CLIP METÁLICO 10MM	R\$ 99,00
209	8002010209	CLIP P/ PARAFUSO	R\$ 10,80
210	8002010210	CLIP PARA ANEURISMA- TITÂNIO (PERMANENTE)	R\$ 1.890,00
211	8002010211	CLIP PARA ANEURISMA CEREBRAL INTRACRANIANO DIVERSOS TAMANHOS (TEMPORÁRIO)	R\$ 864,00
212	8002010212	CLIP TIPO HEMOLOCK DOURADO	R\$ 340,00
213	8002010213	CLIP TIPO HEMOLOCK OU CLIP SINTÉTICO AUTO BLOQUEÁVEL P/ LIGADURA DE VASOS DE GRANDE CALIBRES - "ROXO" (CARTELA C/ 06 CLIPS)	R\$ 450,00
214	8002010214	COILS EMBOLIZANTE (MOLA P/ EMBOLIZAÇÃO)	R\$ 847,00
215	8002010215	COLA BIOLÓGICA 1 ml/ GLUBRAM / BIOGLUE	R\$ 1.600,00
216	8002010216	COLA BIOLOGICA 5 ml /GLUBRAM (COSEAL SELANTE CIRURGICO 4ML)	R\$ 4.000,00
217	8002010217	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO CIMENTADO PRIMÁRIO OU REVISAO	R\$ 231,00

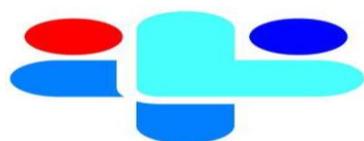


218	8002010218	COMPONENTE ACETABULAR DE POLIETILENO PARA COMPONENTE METÁLICO PRIMÁRIO OU REVISÃO DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA (1)	R\$ 282,00
219	8002010219	COMPONENTE ACETABULAR METÁLICO DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA PRIMÁRIA OU REVISÃO (1)	R\$ 846,00
220	8002010220	COMPONENTE CEFÁLICO	R\$ 399,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
221	8002010221	COMPONENTE CEFÁLICO / POLIETILENO / METAL P/ HERMIARTROPLASTIA BIPOLAR OU P/ HERMIARTROPLASTIA MONOPOLAR	R\$ 455,00
222	8002010222	COMPONENTE CEFÁLICO PARA ARTROSCOPIA TOTAL DO QUADRIL	R\$ 471,00
223	8002010223	COMPONENTE DE AUMENTO FEMURAL PARA REVISÃO DE PROTESES TOTAL DE JOELHO	R\$ 2.304,00
224	8002010224	COMPONENTE DE AUMENTO TIBIAL PARA REVISÃO DE PROTESE TOTAL DE JOELHO	R\$ 450,00
225	8002010225	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO AMPLITUDE	R\$ 5.250,00
226	8002010226	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO MODULAR PRIMÁRIO	R\$ 953,00
227	8002010227	COMPONENTE FEMURAL CIMENTADO MONOBLOCO TIPO CHARNLEY	R\$ 953,00
228	8002010228	COMPONENTE FEMURAL DE JOELHO INSALL III	R\$ 1.591,00
229	8002010229	COMPONENTE FEMURAL DE REVISÃO CIMENTADO OU FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 1.910,00
230	8002010230	COMPONENTE FEMURAL MODULAR DE REVISÃO CIMENTADA PARA ENXERTO IMPACTADO	R\$ 2.550,00
231	8002010231	COMPONENTE FEMURAL MODULAR DE REVISÃO NÃO CIMENTADA REVESTIMENTO TOTAL	R\$ 2.316,00
232	8002010232	COMPONENTE FEMURAL NÃO CIMENTADO MODULAR PRIMÁRIO	R\$ 1.456,00
233	8002010233	COMPONENTE FEMURAL PRIMÁRIO CIMENTADO / FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 1.620,00
234	8002010234	COMPONENTE PATELAR BKS III	R\$ 1.391,00
235	8002010235	COMPONENTE PATELAR CIMENTADO OU FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 144,00
236	8002010236	COMPONENTE PATELAR INSALL III	R\$ 185,00
237	8002010237	COMPONENTE PLATÔ TIBIAL INSALL III	R\$ 678,00
238	8002010238	COMPONENTE TIBIAL DE JOELHO INSALL III	R\$ 1.391,00
239	8002010239	COMPONENTE TIBIAL DE REVISÃO POLIETILENO	R\$ 574,00
240	8002010240	COMPONENTE TIBIAL PRIMÁRIO METÁLICO CIMENTADO OU DE FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 828,00
241	8002010241	COMPONENTE TIBIAL PRIMÁRIO POLIETILENO	R\$ 342,00
242	8002010242	COMPONENTE TIBIAL REVISÃO METÁLICA CIMENTADO OU FIXAÇÃO BIOLÓGICA DE CUNHA OU NÃO	R\$ 1.430,00
243	8002010243	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO OU FIXAÇÃO BIOLÓGICA	R\$ 742,00
244	8002010244	COMPONENTE UMERAL CIMENTADO OU FIXAÇÃO BIOLÓGICA DE REVISÃO	R\$ 944,00
245	8002010245	CONECTOR EM "Y" OU RETO (SISTEMA HEMOSTÁTICO EM Y)	R\$ 91,00
246	8002010246	CONECTOR MULT. TRANC	R\$ 1.160,00
247	8002010247	CONECTOR P/ CATETER DECAPOLAR	R\$ 455,00
248	8002010248	CONECTOR P/ CATETER DECAPOLAR DEFLECTÍVEL	R\$ 705,00
249	8002010249	CONECTOR P/ CATETER QUADRIPOlar DE CURVA FIXA	R\$ 455,00

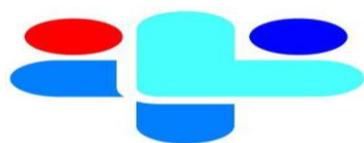


250	8002010250	CONECTOR PARA CATETER DIAGNÓSTICO	R\$ 513,00
251	8002010251	CONECTOR PARA CATETER TERAPEUTICO	R\$ 632,00
252	8002010252	CONECTOR POLIAXIAL PARA ESCOLIOSE	R\$ 654,50
253	8002010253	CONECTORES EM Y (VALVULADO)	R\$ 100,00
254	8002010254	CONJUNTO DE CISTOSTOMIA / KIT	R\$ 500,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)	
255	8002010255	CONJUNTO DE CATETER PARA DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA E MPIC - DVE	R\$ 630,00	
256	8002010256	CONJUNTO DE DILATADORES URETRAIS (AMPLATAZ)	R\$ 1.770,00	
257	8002010257	CONJUNTO DE FIXAÇÃO EXTERNA (FIXADOR) TIPO ULSON	R\$ 468,00	
258	8002010258	CONJUNTO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO COM PLATOR MÓVEL - NACIONAL	R\$ 6.500,00	
259	8002010259	CONJUNTO DE TUBOS PARA CEC	R\$ 195,00	
260	8002010260	CONJUNTO DE VÁLVULA PARA HIDROCEFALIA BAIXO PERFIL - pressões: média ou baixa - tamanhos: adulto, infantil e neonatal DVP	R\$ 1.020,00	
261	8002010261	CONJUNTO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA - BIO PUMP	R\$ 850,00	
262	8002010262	CONJUNTO PARA AUTOTRANSFUSAO (1,2)	R\$ 153,00	
263	8002010263	CONJUNTO PARA HIDROCEFALIA STANDARD	R\$ 736,00	
264	8002010264	CONJUNTO PARA VALVOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA	R\$ 5.460,00	
265	8002010265	CONSTRITOR PERI-URETRAL INFLÁVEL - MARCA SILIMED	R\$ 3.760,00	
266	8002010266	CONVERSOR AORFIX	R\$ 8.439,00	
267	8002010267	COTTONOIDS PATTIES 13 x 38 -	R\$ 145,00	
268	8002010268	COTTONOIDS PATTIES 76 x 76 -	R\$ 206,00	
269	8002010269	DC BEAD 300 - 500 C/ 2ml DE VOLUME DE PARTÍCULAS	R\$ 8.000,00	
270	8002010270	DISPOSITIVO ANTI-PROTUSÃO COM ORIFÍCIOS PARA PARAFUSOS	R\$ 1.980,00	
271	8002010271	DISPOSITIVO DE BLOQUEIO PARA PLACAS CERVICAIS	R\$ 74,00	
272	8002010272	DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO DE MANUTENÇÃO DE ESPAÇO - parafuso fusimax lombar	R\$ 2.675,00	
273	8002010273	DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO DE MANUTENÇÃO DE ESPAÇO HORIZONTAL DE TITÂNIO - parafuso CAGE	R\$ 2.673,00	
274	8002010274	DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO DE MANUTENÇÃO DE ESPAÇO INVERTEBRAL CARREADOR DE	R\$ 1.500,00	
275	8002010275	DISPOSITIVO INTERSOMÁTICO DE MANUTENÇÃO TIPO CESTA FIXA VERTICAL - p/ corporactomia toraco lombar sacro CAGE	R\$ 1.500,00	
276	8002010276	DISPOSITIVO INTERSOMATICO DILI PEEK	R\$ 6.500,00	
277	8002010277	DISPOSITIVO OUTBACK	R\$ 1.500,00	
278	8002010278	DISSECTOR OSSEO RETO 3 mm	R\$ 2.300,00	
279	8002010279	DRENO DE BLAKE 19 FR	R\$ 220,00	
280	8002010280	DURAGEM 2,5	MATRIZ ENXERTO P/ DURAMATER	R\$ 1.082,00
281	8002010281	DURAGEM 5,5	MATRIZ ENXERTO P/ DURAMATER	R\$ 3.800,00
282	8002010282	DURAGEM 7,5	MATRIZ ENXERTO P/ DURAMATER	R\$ 5.400,00
283	8002010283	DURAPAIR 7,5 X 7,5	R\$ 7.000,00	

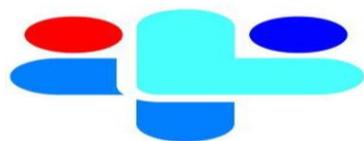


284	8002010284	EASY CATH - CONECTOR EM Y	R\$ 200,00
285	8002010285	ELETRODO ABLATOR	R\$ 800,00
286	8002010286	ELETRODO ATRIAL P/ MARCAPASSO (SIELO)	R\$ 1.218,00
287	8002010287	ELETRODO BIPOLAR ÁTRIO / VENTRICULAR	R\$ 1.302,00
288	8002010288	ELETRODO DE SUPERFÍCIE NAVX	R\$ 2.500,00
289	8002010289	ELETRODO ENDOCÁRDICO DEFINITIVO	R\$ 1.168,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
290	8002010290	ELETRODO EPICÁRDICO DEFINITIVO	R\$ 1.168,00
291	8002010291	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORÁRIO ENDOCÁRDICO	R\$ 266,00
292	8002010292	ELETRODO PARA MARCAPASSO TEMPORÁRIO EPICARDICO	R\$ 35,00
293	8002010293	ELETRODO VENTRICULAR P/ MARCAPASSO (SIELO)	R\$ 1.218,00
294	8002010294	ENDOBAG (EXTRATOR DE TUMOR)	R\$ 800,00
295	8002010295	ENDOCATH 10MM	R\$ 800,00
296	8002010296	ENDOCATH 15MM	R\$ 944,00
297	8002010297	ENDOCLIP ENDOSCOPIA	R\$ 180,00
298	8002010298	ENDOLOOP	R\$ 200,00
299	8002010299	ENDOPROTESE AORFIX (CONVERSOR)	R\$ 18.000,00
300	8002010300	ENDOPROTESE AORFIX (CORPO PRINCIPAL)	R\$ 28.000,00
301	8002010301	ENDOPROTESE AORFIX (EXTENSÃO DISTAL)	R\$ 14.550,00
302	8002010302	ENDOPROTESE AÓRTICA (TRANSTORÁCICA)	R\$ 33.000,00
303	8002010303	ENDOPROTESE AÓRTICA ABDOMINAL BIFURCADA (AORFIX)	R\$ 43.200,00
304	8002010304	ENDOPROTESE AÓRTICA ABDOMINAL TUBULAR OU CÔNICA	R\$ 43.200,00
305	8002010305	ENDOPROTESE EXCLUDER CONTRA LATERAL (gore)-aneurisma de aorta abdominal	R\$ 22.320,00
306	8002010306	ENDOPROTESE GORE VIABAHN /HEMOBAHN	R\$ 22.500,00
307	8002010307	ENDOPROTESE GORE PROPATEN 6X60mm	R\$ 15.000,00
308	8002010308	ENDOPROTESE METÁLICA TIPS	R\$ 29.875,00
309	8002010309	ENDOPROTESE MODULAR QUADRIL 1	R\$ 31.500,00
310	8002010310	ENDOPROTESE NÃO CONVENCIONAL PROXIMAL DE ÚMERO ARTICULADA ROTATÓRIA	R\$ 12.000,00
311	8002010311	ENDOPROTESE TORÁCICA RELAY (FIX EXTERNA PRE MONTADO THARGET)	R\$ 62.000,00
312	8002010312	ENDOPROTESE ZENITH TFFB	R\$ 20.000,00
313	8002010313	ENDOSCÓPICO RÍGIDO C/ FIBRA OTICA	R\$ 8.500,00
314	8002010314	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR BIFURCADO INORGÂNICO COM COLÁGENO	R\$ 731,00
315	8002010315	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR INORGÂNICO COM COLÁGENO	R\$ 505,00
316	8002010316	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR ORGÂNICO	R\$ 393,00
317	8002010317	ENXERTO ARTERIAL TUBULAR VALVADO ORGÂNICO	R\$ 1.577,00
318	8002010318	ENXERTO DE DACRON 22x11/TUBO DE DACRON	R\$ 1.230,00
319	8002010319	ENXERTO DURAL P/ RECONSTRUÇÃO DE DURAMATER 5X4 CM NEUROPAT/ DURADRY (ESPONJA/FILME)	R\$ 4.130,00
320	8002010320	ENXERTO INJETAVEL OSTEOSYNT 05 GR. - ENXERTO OSSEO	R\$ 5.850,00

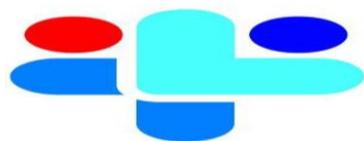


321	8002010321	ENXERTO INORGÂNICO MINERAL 15 GR - BIO OSTEO	R\$ 779,00
322	8002010322	ENXERTO OSSEO - PASTA OSSEA	R\$ 359,00
323	8002010323	ENXERTO OSSEO INFUSE	R\$ 35.000,00
324	8002010324	ENXERTO PTFE PROPATEN	R\$ 30.000,00
325	8002010325	ENXERTO TUBULAR DE PTFE (POR 70 CM2) = PROTESE DE DACRON DOWBLY - WOLLEN 70 CM2	R\$ 2.000,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
326	8002010326	ENXERTO TUBULAR DE PTFE 5mm X 10cm ECOFLON	R\$ 750,00
327	8002010327	EQUIPO BOMBA DE INFUSÃO PARA ARTROSCOPIA	R\$ 250,00
328	8002010328	EQUIPO DE SILICONE PARA BOMBA	R\$ 230,00
329	8002010329	ESFERAS REFLETIVAS DESCARTAVEIS	R\$ 1.900,00
330	8002010330	ESPAÇADOR DE JOELHO	R\$ 5.100,00
331	8002010331	ESPAÇADOR DE TENDÃO	R\$ 44,00
332	8002010332	ESPIRAIS DE PLATINA DESCARTÁVEIS - MICROMOLAS	R\$ 2.200,00
333	8002010333	EVACUADOR DE ELLIK	R\$ 400,00
334	8002010334	EXOSEAL P/ FECHAMENTO ARTERIAL	R\$ 1.200,00
335	8002010335	EXPANSOR MAMARIO 09 x 15 CM	R\$ 2.300,00
336	8002010336	EXPANSOR PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA	R\$ 734,00
337	8002010337	EXTENSAO IPSI LATERAL TFLE 12 x 71	R\$ 10.850,00
338	8002010338	EXTENSÃO ABDOMINAL PRÉ MONTADO UNIFIT	R\$ 6.615,00
339	8002010339	EXTENSÃO DE BOMBA	R\$ 114,00
340	8002010340	EXTENSAO ILIACAS TFLE - CONTRA LATERAL	R\$ 10.850,00
341	8002010341	EXTENSOR TORÁCICO PRE MONTADO TAARGET	R\$ 10.000,00
342	8002010342	EXTRATOR / DORMIA (FAT-WIRW 3 FR 90CM TIPO SEGURA)	R\$ 605,80
343	8002010343	EXTRATOR DE CÁLCULO (CESTA DE BASKET) - (UROLOGIA)	R\$ 605,80
344	8002010344	FACA DE SARCHSE/ FACA DE URETROTOMIA	R\$ 517,00
345	8002010345	FIBRA LASER	R\$ 3.000,00
346	8002010346	FILTRO ANGIOGUARD	R\$ 6.200,00
347	8002010347	FILTRO ARTERIAL AÓRTICO	R\$ 5.900,00
348	8002010348	FILTRO DE CARDIOPLEGIA	R\$ 48,00
349	8002010349	FILTRO DE LINHA ARTERIAL	R\$ 120,40
350	8002010350	FILTRO DE PROTEÇÃO AÓRTICA - EMBOL-X	R\$ 4.800,00
351	8002010351	FILTRO DE PROTEÇÃO CEREBRAL (CARÓTIDA) EZ 190 CM	R\$ 5.512,50
352	8002010352	FILTRO DE PROTEÇÃO DISTAL (CARÓTIDA)	R\$ 4.200,00
353	8002010353	FILTRO DE SANGUE ARTERIAL	R\$ 82,40
354	8002010354	FILTRO PARA CAROTIDA	R\$ 12.000,00
355	8002010355	FIO DE KIRSCHINER	R\$ 46,00
356	8002010356	FIO DE SUTURA PTFE CV2 E CV4	R\$ 135,00
357	8002010357	FIO FIBER FIBERLOOP 2 C/ AGULHA	R\$ 560,00

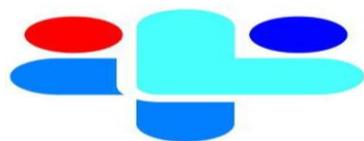


358	8002010358	FIO FIBER WIRE 2 C/ AGULHA	R\$ 514,00
359	8002010359	FIO GUIA 0,014 X 300 ATW	R\$ 200,00
360	8002010360	FIO GUIA 0,018 x 260	R\$ 550,00
361	8002010361	FIO GUIA 0,018 X 300 CRUISER	R\$ 200,00
362	8002010362	FIO GUIA 4 FUIROS	R\$ 40,00
363	8002010363	FIO GUIA AMPLATZ SUPER STIFF 0,35X260	R\$ 691,90
364	8002010364	FIO GUIA APPROACH CTO 0,014 (MICRO FIO APPROACH P/ OCLUSAO TOTAL)	R\$ 930,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
365	8002010365	FIO GUIA CRUISER 0,14	R\$ 264,00
366	8002010366	FIO GUIA DIRIGIVEL HIDROFILICO 0,018 ATE 300CM FEMURAL	R\$ 550,00
367	8002010367	FIO GUIA EXTRA CARDÍACO ONTRA SUPER STIFF	R\$ 720,00
368	8002010368	FIO GUIA FLEXIVEL	R\$ 150,00
369	8002010369	FIO GUIA GUIDEWIRE 0,035 X 260 CM TERUMO	R\$ 730,00
370	8002010370	FIO GUIA HIDROFÍLICO 0,035	R\$ 300,00
371	8002010371	FIO GUIA HIDROFÍLICO BILIAR 0,035 x 450CM	R\$ 980,00
372	8002010372	FIO GUIA HIDROFÍLICO GLIDEWIRE 0,035 X 180 CM TERUMO	R\$ 350,00
373	8002010373	FIO GUIA HI-WIRE 0,035 X 260 CM / 0,035 X 150 CM HIDROFÍLICO	R\$ 600,00
374	8002010374	FIO GUIA LUNDERQUIST 0,035 X 260	R\$ 1.012,00
375	8002010375	FIO GUIA MAGIC TORQUE 0,35X260	R\$ 1.000,00
376	8002010376	FIO GUIA MAGNÉTICO	R\$ 650,00
377	8002010377	FIO GUIA P/ DILATAÇÃO DE ESÔFAGO	R\$ 1.122,00
378	8002010378	FIO GUIA PARA ANGIOPLASTIA 0.014" 182 CM ST	R\$ 193,00
379	8002010379	FIO GUIA PONTA ROMBA	R\$ 52,00
380	8002010380	FIO GUIA PTFE PONTA J 0,35 X 260CM	R\$ 400,00
381	8002010381	FIO GUIA RÍGIDO	R\$ 533,00
382	8002010382	FIO GUIA SEM OLIVA	R\$ 175,00
383	8002010383	FIO GUIA TEFLONADO PONTA "J"	R\$ 450,00
384	8002010384	FIO GUIA ZEBRA 0,25	R\$ 699,00
385	8002010385	FIO GUIA ZEBRA 0,35	R\$ 600,00
386	8002010386	FIO HIDROFÍLICO 0,35 X 260 ROAD RUNNER	R\$ 500,00
387	8002010387	FIO MALEÁVEIS DE CERCLAGEM DE TITÂNIO	R\$ 122,00
388	8002010388	FIO OLIVADO PARA FIXADOR ESTERNO	R\$ 16,00
389	8002010389	FIO TIPO STEINMAN ROSQUEADO (FIO ROSQUEADO DE STEINMAN)	R\$ 15,00
390	8002010390	FIXADOR CORRETIVO / ALONGADOR ILIZAROV = CJ. DE FIXAÇÃO EXTERNA TIPO ILIZAROV	R\$ 3.120,00
391	8002010391	FIXADOR DINÂMICO PARA BUCO-MAXILO FACIAL	R\$ 383,10
392	8002010392	FIXADOR DISTRATOR PARA CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL	R\$ 468,00
393	8002010393	FIXADOR EXTERNO C / SISTEMA CORREÇÃO ANGULAR E / OU ROTACIONAL	R\$ 1.260,00
394	8002010394	FIXADOR EXTERNO CIRCULAR OU SEMI-CIRCULAR	R\$ 1.086,00

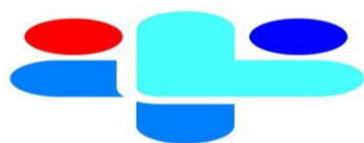


395	8002010395	FIXADOR EXTERNO COM SISTEMA DE ALONGAMENTO MONOFOCAL	R\$ 984,00
396	8002010396	FIXADOR EXTERNO COM SISTEMA DE PEQUENOS FRAGMENTOS C/ SISTEMA DE CORREÇÃO ANGULAR E/OU ROTACIONAL	R\$ 1.260,00
397	8002010397	FIXADOR EXTERNO FEMURAL (IOL)	R\$ 800,00
398	8002010398	FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO	R\$ 852,00
399	8002010399	FIXADOR EXTERNO LINEAR	R\$ 540,00
400	8002010400	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO	R\$ 468,00
401	8002010401	FIXADOR EXTERNO PEQUENOS FRAGMENTOS	R\$ 468,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
402	8002010402	FIXADOR EXTERNO TIPO PLATAFORMA / SISTEMA DE ALONGAMENTO OU TRANSPORTAÇÃO ÓSSEO (1)	R\$ 984,00
403	8002010403	FIXADOR EXTERNO TUBO - A - TUBO	R\$ 1.701,00
404	8002010404	FIXADOR PÉLVICO	R\$ 961,00
405	8002010405	FLEBO EXTRATOR	R\$ 212,00
406	8002010406	FRESA E BROCA DO CRANIOTOMO	R\$ 897,00
407	8002010407	FRONT HUNNER	R\$ 8.900,00
408	8002010408	GANCHO COM SISTEMA SULCADOS PARA FIXAÇÃO DE HASTE	R\$ 732,00
409	8002010409	GANCHO DISTRATOR - GANCHO OFFSET	R\$ 1.830,00
410	8002010410	GANCHO LAMINAR INFERIOR/SUPERIOR DE DISTRAÇÃO - SISTEMA HARRINGTON (TODOS) - CROSSLINK	R\$ 732,00
411	8002010411	GANCHO PEDICULARES	R\$ 732,00
412	8002010412	GRAMPEADOR CIRCULAR 25 MM	R\$ 1.200,00
413	8002010413	GRAMPEADOR CIRCULAR 33 MM	R\$ 2.484,00
414	8002010414	GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALUMINAL	R\$ 1.145,00
415	8002010415	GRAMPEADOR CIRCULAR Nº 21	R\$ 1.200,00
416	8002010416	GRAMPEADOR CURVO CORTANTE-CARGA VERDE	R\$ 1.800,00
417	8002010417	GRAMPEADOR ECHELON 60 MM	R\$ 3.500,00
418	8002010418	GRAMPEADOR ENDOGIA UNIVERSAL	R\$ 1.200,00
417	8002010419	GRAMPEADOR ENDOSCÓPICO 45 MM	R\$ 1.900,00
418	8002010420	GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE - 55 mm - 75 mm	R\$ 1.200,00
419	8002010421	GRAMPEADOR PPH 33	R\$ 1.950,00
420	8002010422	GRAMPEADOR ROTICULATOR 55MM	R\$ 2.200,00
421	8002010423	GRAMPO	R\$ 23,00
422	8002010424	GRAMPOS DE BLOUNT EM GRAMPOS DE AGRAFE EM CROMO COBALTO	R\$ 244,00
423	8002010425	GUIA DE TROCA PARA ANGIOPLASTIA/ FIO HIDROFÍLICO 0,035 MM	R\$ 173,00
424	8002010426	GUIA E FILTRO PARA VEIA CAVA	R\$ 4.296,00
425	8002010427	HASTE BARRA PARA FIXAÇÃO TRANSVERSAL	R\$ 510,00
426	8002010428	HASTE DE COMPRESSÃO	R\$ 490,00
427	8002010429	HASTE DE DISTRAÇÃO	R\$ 490,00
428	8002010430	HASTE DE ENDER	R\$ 72,00

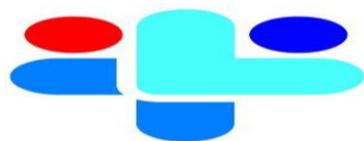


429	8002010431	HASTE DE FLATOW	R\$ 1.138,00
430	8002010432	HASTE DE RUSH	R\$ 50,00
431	8002010433	HASTE FEMURAL CURTA COM BLOQUEIO CEFÁLICO INCLUI PARAFUSOS	R\$ 908,00
432	8002010434	HASTE FEMURAL LONGA COM BLOQUEIO CEFÁLICO INCLUI PARAFUSOS	R\$ 954,00
433	8002010435	HASTE FEMURAL PARA REVISÃO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO	R\$ 1.704,00
434	8002010436	HASTE HEXAGONAL TI	R\$ 1.210,00
435	8002010437	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 980,00
436	8002010438	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 950,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
437	8002010439	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE ÚMERO, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 980,00
438	8002010440	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL PARA USO INFANTIL	R\$ 156,00
439	8002010441	HASTE INTRAMEDULAR NÃO BLOQUEADA	R\$ 133,00
440	8002010442	HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA INCLUINDO OS PARAFUSOS	R\$ 950,00
441	8002010443	HASTE INTRAMEDULAR TÍBIO-TARSICA	R\$ 950,00
442	8002010444	HASTE LISA TIPO LUQUE LISA	R\$ 490,00
443	8002010445	HASTE PARA ASSOCIAÇÃO COM PARAFUSOS; DE TITÂNIO - barra de ligação para gancho pedi HASTES LONGITUDINAL	R\$ 510,00
444	8002010446	HASTE PROTESE DO QUADRIL (IMPORTADA)	R\$ 8.236,00
445	8002010447	HASTE TIBIAL PARA REVISÃO DE PROTESE TOTAL DO JOELHO	R\$ 708,00
446	8002010448	HASTE TROCANTERIANA	R\$ 2.500,00
447	8002010449	HEMOCONCENTRADOR P/CIRCULACAO EXTRACORPOREA (CEC)	R\$ 170,00
448	8002010450	HEMOSTASE (PÓ HEMOSTÁTICO/ PARTICULAS)	R\$ 6.662,30
449	8002010451	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL 3G (ANTI-HEMORRÁGICO ABSORVÍVEL)	R\$ 3.500,00
450	8002010452	HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL 5G (ANTI-HEMORRÁGICO ABSORVÍVEL)	R\$ 7.830,00
451	8002010453	HERCULINE (FIO) KIT FIO AUTO RETENÇÃO	R\$ 1.200,00
452	8002010454	HISTOACRIL - COLA CIRÚRGICA	R\$ 400,00
453	8002010455	IMPLANTE DE CDI	R\$ 60.000,00
454	8002010456	IMPLANTE MAMÁRIO DE 150ML	R\$ 2.850,00
455	8002010457	IMPLANTE MAMÁRIO LV 133 DE 300ML	R\$ 2.850,00
456	8002010458	IMPLANTE PENIANO MALEÁVEL / PAR	R\$ 660,00
457	8002010459	INFUSE B HP 2 - GRANDE (ENXERTO ÓSSEO -BUCO MAXILO FACIAL)	R\$ 43.370,00
458	8002010460	INFUSE B HP 2 - MEDIO (ENXERTO ÓSSEO -BUCO MAXILO FACIAL)	R\$ 39.779,00
459	8002010461	INFUSE B HP 2 - PEQUENO (ENXERTO ÓSSEO -BUCO MAXILO FACIAL)	R\$ 28.640,00
460	8002010462	INSERT ACETABULAR	R\$ 356,00
461	8002010463	INSULFLADOR (MANOMÉTRICO)	R\$ 250,00
462	8002010464	INTRODUTOR 14 F	R\$ 1.500,00
463	8002010465	INTRODUTOR 4 F 45CM	R\$ 2.000,00
464	8002010466	INTRODUTOR 5 F RADIAL	R\$ 225,00
465	8002010467	INTRODUTOR 6 F - "DESTINATION" - CARÓTIDA, RENAL e CROSS-OVER	R\$ 2.500,00

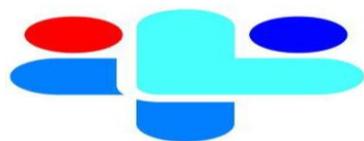


466	8002010468	INTRODUTOR ANGIOGRÁFICO 5F.	R\$ 125,00
467	8002010469	INTRODUTOR ARAMADO 6F	R\$ 236,00
468	8002010470	INTRODUTOR ARAMADO ANSEAL 6 Fr x 45 cm - BAINHA INTRODUTORA	R\$ 1.600,00
469	8002010471	INTRODUTOR ARTERIAL 6F	R\$ 120,00
470	8002010472	INTRODUTOR ARTERIAL RAAB LONGO 45 cm 5F	R\$ 4.200,00
471	8002010473	INTRODUTOR CONTRA II G	R\$ 800,00
472	8002010474	INTRODUTOR DE CATETER	R\$ 120,00
473	8002010475	INTRODUTOR DE PUNÇÃO PARA IMPLANTE DE ELETR. ENDOCÁRDICO - MARCAPASSO	R\$ 153,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
474	8002010476	INTRODUTOR DE PUNÇÃO DE VEIA - AGULHA DE PUNÇÃO	R\$ 159,00
475	8002010477	INTRODUTOR FEMURAL 5 F - 6 F	R\$ 125,00
476	8002010478	INTRODUTOR FEMURAL RAABE 55CM X 6FR	R\$ 800,00
477	8002010479	INTRODUTOR HEMOSTÁTICO ULTIMUM 12CM	R\$ 125,00
478	8002010480	INTRODUTOR INPUT TS C/ AG 6 F - AG 7 F	R\$ 130,00
479	8002010481	INTRODUTOR LONGO EM 'S' 6 FR - 7 FR - 8 FR	R\$ 250,00
480	8002010482	INTRODUTOR PARA CATETER COM E SEM VÁLVULA (VALVULADO)	R\$ 117,00
481	8002010483	INTRODUTOR PARA ELETRODO 9 FR	R\$ 250,00
482	8002010484	INTRODUTOR PARA ENDOPROTESE 16 24 FR	R\$ 1.100,00
483	8002010485	INTRODUTOR PERCUTÂNEO	R\$ 236,00
484	8002010486	INTRODUTOR RAABE 5 Fr	R\$ 800,00
485	8002010487	INTRODUTOR RADIAL 6 Fr	R\$ 120,00
486	8002010488	INTRODUTOR SWARTZ 8 Fr	R\$ 1.015,00
487	8002010489	INTRODUTOR TRANSEPTAL - BAINHA INTRODUTORA	R\$ 812,00
488	8002010490	INTRODUTOR VALVADO	R\$ 320,00
489	8002010491	IRRIGOPASS P/ ARTROSCOPIA - KIT-CAMPO	R\$ 150,00
490	8002010492	KIT BACTSEAL (VENTRICULAR E PERITONEAL)	R\$ 2.860,00
491	8002010493	KIT BIPOLAR (PONTEIRA ISOCOOL+PINÇA+CABO UNIVERSAL)	R\$ 14.720,00
492	8002010494	KIT BOLSA RESERVATORIO PARA SISTEMA DE DRENAGEM EXTERNA DVE	R\$ 2.350,00
493	8002010495	KIT CAMINO PARENQUIMAL	R\$ 6.669,00
494	8002010496	KIT CÂNULA	R\$ 162,00
495	8002010497	KIT CÂNULA NEUROENDOSCOPICA	R\$ 2.500,00
496	8002010498	KIT CÂNULA PARA COMPRESSÃO DO TRIGÊMEO POR BALÃO BMS - D156	R\$ 8.000,00
497	8002010499	KIT CATETER BALAO URETRAL COM GUIA UROMAX ULTRA	R\$ 1.100,00
498	8002010500	KIT CATETER DE DRENAGEM	R\$ 850,00
499	8002010501	KIT CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIÁLISE	R\$ 225,00
500	8002010502	KIT CRANIOMETRO C/ BROCAS - VARIOS DIÂMETROS	R\$ 2.500,00
501	8002010503	KIT CROSSLINK	R\$ 1.200,00
502	8002010504	KIT DE ABERTURA E FECHAMENTO DRILL CRANIOTOMO - TREPANO E DRILL PNEUMATICO DIAMOND MAX	R\$ 1.200,00

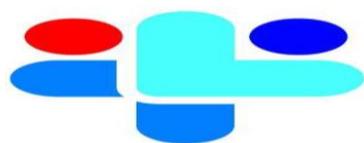


503	8002010505	KIT DE AGULHA P/ RADIOFREQUENCIA C/ ELETRODO DESCARTAVEL - KIT DE RIZOTOMIA P/ TRIGEMIO ,COM BALAO	R\$ 9.000,00
504	8002010506	KIT DE CATETER PARA EMBOLECTOMIA ARTERIAL	R\$ 6.680,00
505	8002010507	KIT DE CIMENTAÇÃO	R\$ 389,00
506	8002010508	KIT DE ENDOSCOPIA CRANIANA	R\$ 5.000,00
507	8002010509	KIT DE ESTEROTAXIA COM CANULAS DE BIOPSIA CEREBRAL	R\$ 7.000,00
508	8002010510	KIT DE ESTEROTAXIA P/ LESAO METASTÁTICA CEREBRAL	R\$ 2.200,00
509	8002010511	KIT DE GASTROSTOMIA	R\$ 950,00
510	8002010512	KIT DE IRRIGAÇÃO	R\$ 1.180,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
511	8002010513	KIT DE MICROCIRURGIA INTRACRANIANA VIDEO ENDOSCÓPICA	R\$ 1.600,00
512	8002010514	KIT DE MONITORIZAÇÃO DA PIC INTRAPARIQUIMAL	R\$ 7.900,00
513	8002010515	KIT DE MONITORIZAÇÃO DE PRESSÃO INTRACRANIANA (CONJ.P/MONITORIZAÇÃO DA PIC SUBDURAL)	R\$ 5.240,00
514	8002010516	KIT DE MUCOSECTOMIA	R\$ 1.340,00
515	8002010517	KIT DE NEFROSTOMIA (COM CATETER PIGTAIL 10 Fr)	R\$ 414,10
516	8002010518	KIT DE PUNÇÃO BILIAR	R\$ 3.500,00
517	8002010519	KIT DE PUNÇÃO NPAS (DRENAGEM PERCUTANEA)	R\$ 2.600,00
518	8002010520	KIT DILATAÇÃO RENAL AMPLATZ	R\$ 1.600,00
519	8002010521	KIT DRENAGEM URESIL	R\$ 3.750,00
520	8002010522	KIT DUPLO J - NITINOL	R\$ 660,00
521	8002010523	KIT EXTRAÇÃO FILTRO VEIA CAVA ALN	R\$ 6.850,00
522	8002010524	KIT FILTRO DE VEIA CAVA - INTRODUTOR E DILATADOR	R\$ 7.275,00
523	8002010525	KIT GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE C/ 04 CARGAS E REDUTOR	R\$ 3.500,00
524	8002010526	KIT INTRODUTOR 6 FR 12 CM	R\$ 166,00
525	8002010527	KIT LIGADURA ELÁSTICA COM 02 TAMBORES COM 06 ELÁSTICOS	R\$ 2.500,00
526	8002010528	KIT LIGADURA ELÁSTICA P/ VARIZES DO ESÔFAGO	R\$ 1.350,00
527	8002010529	KIT MULTISÍTIO (CONJUNTO CDI C/ RESSINCRONIZADOR MULTISITIO DESFIBRILADOR)	R\$ 22.000,00
528	8002010530	KIT P/ ARTROPLASTIA COXO-FEMURAL TOTAL	R\$ 5.000,00
529	8002010531	KIT P/ EMBOLIZAÇÃO - ONIX 18	R\$ 5.000,00
530	8002010532	KIT P/ HERNIA DE HIATO (INCLUI 01 TESOURA COAGULADORA E 02 TROCARTES 5X12)	R\$ 2.900,00
531	8002010533	KIT PARA INSUFLAÇÃO ENCORE	R\$ 300,00
532	8002010534	KIT DRENAGEM LOMBAR EXTERNA SOPHYSA	R\$ 1.500,00
533	8002010535	KIT P/ RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR (PARAFUSO + FIO)	R\$ 603,00
534	8002010536	KIT P/ VITRECTOMIA POSTERIOR (PAGA 1/3)	R\$ 506,00
535	8002010537	KIT PARA CIFOPLASTIA KYPHON	R\$ 24.000,00
536	8002010538	KIT PERCUTÂNEO	R\$ 315,00
537	8002010539	KIT PERMICATH DE LONGA PERMANÊNCIA 45CM	R\$ 1.045,00

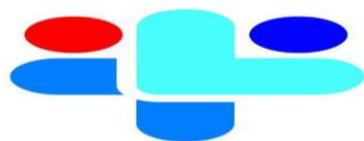


538	8002010540	KIT PORT-A-CATH PARA QUIMIOTERAPIA	R\$ 1.140,00
539	8002010541	KIT PROTESE DE QUADRIL BIPOLAR	R\$ 23.850,00
540	8002010542	KIT PROTESE TOTAL DE QUADRIL HIBRIDA (ORTOSINTESE)	R\$ 12.000,00
541	8002010543	KIT PROTESE CABEÇA E RADIO	R\$ 20.500,00
542	8002010544	KIT SHUNT CAROTÍDEO	R\$ 1.188,00
543	8002010545	KIT SISTEMA LIBERADOR DE PROTESE PCA + BAINHA LONGA + BAINHA CURTA	R\$ 12.000,00
544	8002010546	KIT VERTEBROPLASTIA	R\$ 3.875,00
545	8002010547	LAMINA DE DERMÁTOMO	R\$ 242,50
546	8002010548	LAMINA DE SERRA OSCILANTE	R\$ 350,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
547	8002010549	LAMINA DE SERRA RECIPROCANTE	R\$ 360,00
548	8002010550	LAMINA DE SHAVER DYONICS	R\$ 550,00
549	8002010551	LENÇO DE TEFLON	R\$ 78,00
550	8002010552	LIGADURA ELÁSTICA 7 BANDAS SPEENBAND SUPRA 7	R\$ 1.300,00
551	8002010553	LIPIODOL - (NA FATURA HOSPITALAR)	R\$ 500,00
552	8002010554	MANIFOLD	R\$ 38,00
553	8002010555	MANOMETRO COM SERINGA	R\$ 1.090,00
554	8002010556	MANÔMETRO DE PRESSÃO P/ BALAO DILATADOR	R\$ 970,00
555	8002010557	MARCA PASSO BICAMERAL EVIA	R\$ 12.672,00
556	8002010558	MARCADORES FIDUCIAIS DESCARTAVEIS	R\$ 2.900,00
557	8002010559	MARCAPASSO BICAMERAL MODELO - KAPPA DR 303	R\$ 6.532,00
558	8002010560	MARCAPASSO BICAMERAL MODELO - SIGMA DR 303	R\$ 6.580,00
559	8002010561	MARCAPASSO CARDÍACO MULTIPROGRÁMVEL DE CÂMARA DUPLA SEM RESTRIÇÃO PARA RESSONANCIA MAGNETICA	R\$ 6.271,00
560	8002010562	MARCAPASSO CARDÍACO MULTIPROGRAMÁVEL DE CÂMARA ÚNICA(1)	R\$ 5.190,00
561	8002010563	MARCAPASSO MULTI-SÍTIO (1)	R\$ 20.750,00
562	8002010564	MARCAPASSO UNICAMERAL MODELO - KAPPA SR 303	R\$ 5.995,00
563	8002010565	MARCAPASSO UNICAMERAL MODELO - SIGMA SR 303	R\$ 5.405,00
564	8002010566	MARCAPASSO TRANSVENOSO	R\$ 1.176,00
565	8002010567	MATERIAL BIOCOMPATÍVEL 1/2 DOSE (EQUIVALENTE A 05 GR.) (1)	R\$ 272,00
566	8002010568	MATERIAL BIOCOMPATÍVEL UMA DOSE (EQUIVALENTE A 10 GR.) (1)	R\$ 545,00
567	8002010569	MEMBRANA BIO GUIDE 25 x 25 mm	R\$ 250,00
568	8002010570	MEMBRANA COLÁGENO	R\$ 3.000,00
569	8002010571	MICRO BALAO P/ ANEURISMA HIPERGLIDE OU ASCENT	R\$ 15.000,00
570	8002010572	MICRO CATETER (1)	R\$ 1.980,00
571	8002010573	MICRO CATETER BALAO ASCENT	R\$ 6.980,00
572	8002010574	MICRO CATETER ECHELON	R\$ 2.750,00
573	8002010575	MICRO CATETER EMBOCATH 3.0-2.8F/100CM COMPR./D.I 0,028"/PONTA RETA (CATETER DE INFUSÃO HIDROFÍLICO EMBOCATH)	R\$ 3.682,00
574	8002010576	MICRO CATETER FLUXO DEPENDENTE (1)	R\$ 1.980,00

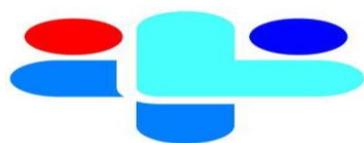


575	8002010577	MICRO CATETER MARATHON 1,3 FR MICROTHERAPEUTICS -EV3	R\$ 4.150,00
576	8002010578	MICRO CATETER PARA BALAO (1) EXCELSIOR	R\$ 2.160,00
577	8002010579	MICRO CATETER PARA DESTACAR BALÃO P/FÍSTULA	R\$ 4.500,00
578	8002010580	MICRO CATETER PROGREAT	R\$ 1.900,00
579	8002010581	MICRO CATETER RENEGADE	R\$ 2.700,00
580	8002010582	MICRO CATETER ULTRA FLOW	R\$ 3.428,30
581	8002010583	MICRO CATETER WATUSI	R\$ 1.500,00
582	8002010584	MICRO FIO GUIA	R\$ 1.250,00
583	8002010585	MICRO GUIA (01) SKIPPER DEEP 0,14"/300 mm (FIO GUIA)	R\$ 300,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
584	8002010586	MICRO GUIA 0,014/ TRANSEND/ MICROGUIA SILVER SPEED	R\$ 1.394,45
585	8002010587	MICRO GUIA MIRAGE	R\$ 1.860,00
586	8002010588	MICRO GUIA PODION 0,14 x 30	R\$ 520,00
587	8002010589	MICRO GUIA TRAXCESS	R\$ 4.560,00
588	8002010590	MICROCATETER OU CATETER REBAR	R\$ 4.400,00
589	8002010591	MICROCATETER NEUROLÓGICO EXELSIOR 150 CM	R\$ 3.600,00
590	8002010592	MICROCATETER PROWLER LP ES	R\$ 2.800,00
591	8002010593	MICROCATETER SILVER SPEED	R\$ 2.011,00
592	8002010594	MICROESFERA GELATINOSA 300 / 500 MICRONS.(EMBOSFERA GELATINOSA/EMBOLIZAÇÃO)	R\$ 2.540,00
593	8002010595	MICROESFERA PARA EMBOLIZAÇÃO BEAD BLOCK 500 - 700	R\$ 2.540,00
594	8002010596	MICROESFERA PARA EMBOLIZAÇÃO BEAD BLOCK 700-900	R\$ 1.650,00
595	8002010597	MICROGUIA DIVER	R\$ 3.335,00
596	8002010598	MICROGUIA HIDROFÍLICO 0,012 x 200	R\$ 1.960,00
597	8002010599	MICROGUIA SEGWAY	R\$ 2.240,00
598	8002010600	MICROMOLAS HELICAL SOFT	R\$ 4.500,00
599	8002010601	MICROMOLAS PARA ANEURISMA CEREBRAL GDC	R\$ 4.500,00
600	8002010602	MID PARAFUSO CORTICAL	R\$ 16,00
601	8002010603	MINI CATETER PIG TAIL PARA DRENAGEM URESIL	R\$ 1.335,00
602	8002010604	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESSÃO	R\$ 144,00
603	8002010605	MINI PARAFUSOS	R\$ 500,00
604	8002010606	MINI PARAFUSOS DE TITANIO 10 mm	R\$ 210,00
605	8002010607	MINI PLACA CALCÂNEO TT/BLQ	R\$ 5.100,00
606	8002010608	MINI PLACA DE TITANIO 2.0	R\$ 1.000,00
607	8002010609	MINIFIXADOR EXTERNO	R\$ 324,00
608	8002010610	MOLA PARA EMBOLIZAÇÃO ILÍACA ESQUERDA MWCE	R\$ 2.100,00
609	8002010611	MONITORIZAÇÃO INTRAOPERATORIA ELETROFISIOLÓGICA	R\$ 8.500,00
610	8002010612	MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLOGICA MULTICANAL C/ NEUROESTIMULADOR DE NERVO CRANIANO	R\$ 8.500,00
611	8002010613	NAVIGATOR 11/13 FR X 36 CM; 13/15 FR X 36 CM	R\$ 1.089,00

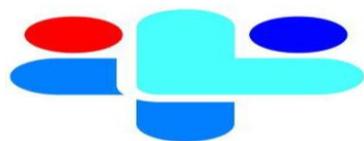


612	8002010614	NEUROENDOSCOPIO RIGIDO	R\$ 5.000,00
613	8002010615	NEUROSTENT SOLITAIRE	R\$ 19.000,00
614	8002010616	OCLUSOR ENDOLUMINAL UNIFIT	R\$ 3.980,00
615	8002010617	OCTOPLUS - ESTABILIZADOR DE TECIDO	R\$ 2.600,00
616	8002010618	OXIGENADOR DE MEMBRANA PARA CEC	R\$ 1.316,80
617	8002010619	PAPILOTOMO TRIPLIO LUMEN ULTRATOME XL Tam 20 cm a 30 cm (FIO DE CORTE) - (gastro - coloangiopancreatografia)	R\$ 1.035,00
618	8002010620	PAPILOTOMO TRIPO LUMEN C/ 2.5 CM DE CORTE	R\$ 1.200,00
619	8002010621	PARAFUSO 1,5 mm - UNIDADE	R\$ 159,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
620	8002010622	PARAFUSO ACETABULAR GROUPE (IMPORTADO)	R\$ 980,00
621	8002010623	PARAFUSO ALCP	R\$ 89,00
622	8002010624	PARAFUSO ANCORA	R\$ 108,00
623	8002010625	PARAFUSO ANCORA MONTADA COM FIO FIBERWIRE - METALICO	R\$ 980,00
624	8002010626	PARAFUSO AUTOCENTRANTE	R\$ 180,00
625	8002010627	PARAFUSO BIO ABSORVIVEL	R\$ 4.985,00
626	8002010628	PARAFUSO CANULADO 3,5 mm	R\$ 108,00
627	8002010629	PARAFUSO CANULADO 4,5 mm	R\$ 96,00
628	8002010630	PARAFUSO CANULADO 7,0 mm	R\$ 84,00
629	8002010631	PARAFUSO CANULADO MINI	R\$ 240,00
630	8002010632	PARAFUSO CD D.F - MICRO PARAFUSO SMARTLOCK - TITANIO	R\$ 594,00
631	8002010633	PARAFUSO CORTICAL 1,5 mm	R\$ 17,00
632	8002010634	PARAFUSO CORTICAL 2,0 mm	R\$ 15,00
633	8002010635	PARAFUSO CORTICAL 2,7 mm	R\$ 16,00
634	8002010636	PARAFUSO CORTICAL 3,5 mm	R\$ 15,00
635	8002010637	PARAFUSO CORTICAL 4,5 mm FEMUR/ GRANDES FRAGMENTOS	R\$ 17,00
636	8002010638	PARAFUSO CORTICAL AUTO ROSQUEANTE 4,5	R\$ 76,00
637	8002010639	PARAFUSO DE BLOQUEIO MMF - BUCO MAXILO	R\$ 400,00
638	8002010640	PARAFUSO DE HERBERT	R\$ 800,00
639	8002010641	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNIO	R\$ 420,00
640	8002010642	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA METÁLICO	R\$ 144,00
641	8002010643	PARAFUSO DE MASSA LATERAL	R\$ 2.900,00
642	8002010644	PARAFUSO DE TITANIO ACETABULAR	R\$ 1.590,00
643	8002010645	PARAFUSO DESLIZANTE	R\$ 180,00
644	8002010646	PARAFUSO ESPONDILOLISTESE 6.5X 45 MM	R\$ 1.134,00
645	8002010647	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 mm	R\$ 26,00
646	8002010648	PARAFUSO ESPONJOSO 6,5 mm	R\$ 26,00
647	8002010649	PARAFUSO LOCKING 2.4 x 8 mm - 2.4 x 10 mm - 2.4 x 12 - 2.4 x 14 mm	R\$ 425,00
648	8002010650	PARAFUSO MALEOLAR	R\$ 21,00

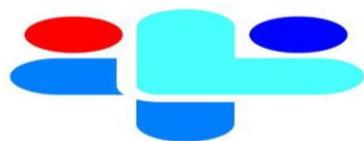


649	8002010651	PARAFUSO P/ MINI E MICRO FRAGMENTOS	R\$ 550,00
650	8002010652	PARAFUSO PARA COMPONENTE ACETABULAR (1)	R\$ 126,00
651	8002010653	PARAFUSO PARA PLACA CERVICAL TERMOMOLDÁVEL	R\$ 2.500,00
652	8002010654	PARAFUSO PROXIMAL	R\$ 20,00
653	8002010655	PARAFUSO TAMPÃO	R\$ 80,00
654	8002010656	PARAFUSO TRANSPEDICULAR	R\$ 1.600,00
655	8002010657	PARAFUSO TRANSFIX	R\$ 481,00
656	8002010658	PARAFUSOS 4,5 C/ ARRUELA NORMAL	R\$ 33,00
657	8002010659	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A HASTES TIPO PEDICULARES; MONO-AXIAIS; DE TITÂNIO	R\$ 454,00
658	8002010660	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A HASTES TIPO PEDICULARES; POLI-AXIAIS; DE TITÂNIO	R\$ 454,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
659	8002010661	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A PLACAS CERVICAIS; AUTO-BLOQUÁVEIS; DE TITÂNIO	R\$ 232,00
660	8002010662	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A PLACAS CERVICAIS; DE TITÂNIO (1) - parafuso cervical do sistema zargom	R\$ 195,00
661	8002010663	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A PLACAS TORACO-LOMBO-SACRAIS; DE TITÂNIO (1)	R\$ 232,00
662	8002010664	PARAFUSOS ASSOCIÁVEIS A PLACAS TORACO-LOMBO-SACRAIS; TIPO PEDICULARES; MONOAXIAIS - POLI AXIAL DE TITÂNIO	R\$ 453,00
663	8002010665	PARAFUSOS CANULADOS AUTO-ROSCANTE PARA FIXAÇÃO DE ODONTOIDE DE TITÂNIO- 1	R\$ 744,00
664	8002010666	PARAFUSOS DE BLOQUEIO AUTOROSQUEANTE	R\$ 220,00
665	8002010667	PARTÍCULAS DE PVA (FRASCO) (1) EMBOLIZAÇÃO	R\$ 600,00
666	8002010668	PASSADOR DE SUTURA	R\$ 1.800,00
667	8002010669	PATCH ORGÂNICO (ATÉ 260 CM2) (1) SURGISIS	R\$ 1,30
668	8002010670	PATCH DE PERICÁRDIO BOVINO 125 CM	R\$ 236,00
669	8002010671	PATCH INORGÂNICO (POR CM2) ATÉ 260 CM 2 (20 CM2)	R\$ 1,10
670	8002010672	PINÇA PARA BIOPSIA	R\$ 396,00
671	8002010673	PINÇA DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	R\$ 1.968,00
672	8002010674	PINÇA GRASPING	R\$ 1.129,00
673	8002010675	PINÇA LIGASURE	R\$ 2.500,00
674	8002010676	PINO DE FIXAÇÃO PARA ESCOLIOSE	R\$ 3.600,00
675	8002010677	PINO DE KNOWLES	R\$ 48,00
676	8002010678	PINO DE SHANTZ	R\$ 27,00
677	8002010679	PINO DE SHANTZ COM HIDROXIAPATITA	R\$ 1.950,00
678	8002010680	PINOS DE SCHANZ P/ ILIZAROV 6.0 mm	R\$ 25,00
679	8002010681	PÍSTOLA INSUFLADORA - SERINGA INSUFLADORA	R\$ 3.000,00
680	8002010682	PLACA ALCP BLOQUEADA PROXIMAL PARA UMEMO 3,5mm	R\$ 7.200,00
681	8002010683	PLACA ALCP PARA FRATURA DO ANTEBRAÇO	R\$ 1.800,00
682	8002010684	PLACA ANGULADA 4,5 mm, INCLUINDO PARAFUSOS	R\$ 352,00
683	8002010685	PLACA AUTOROSQUEANTE 3,5 mm (ORTOSINTESE)	R\$ 3.000,00
684	8002010686	PLACA BURR MÉDIA E FINA	R\$ 2.500,00

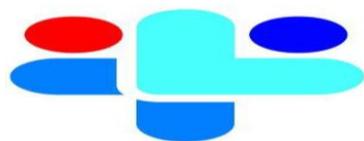


685	8002010687	PLACA CALCO; INCLUI PARAFUSO	R\$ 288,00
686	8002010688	PLACA CERVICAL TERMOMOLDÁVEL	R\$ 5.000,00
687	8002010689	PLACA COBRA 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS (CONDILAR)	R\$ 714,00
688	8002010690	PLACA CONDILÉA 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 493,00
689	8002010691	PLACA DCD AUTOROSQUEANTE 4 A 14 FUROS 4,5 GRANDES FRAGMENTOS	R\$ 3.700,00
690	8002010692	PLACA DCS 95º C/ PARAFUSO RICHARD + CONTRAPINO (ORTOSINTESE)	R\$ 2.562,00
691	8002010693	PLACA DE 1/3 (OU SEMI TUBULAR) TUBULAR 3,5 mm; INCLUI PARAFUSOS	R\$ 137,00
692	8002010694	PLACA DE 1/3 (OU SEMI TUBULAR) TUBULAR 4,5 mm; INCLUI PARAFUSOS	R\$ 165,00
693	8002010695	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5 mm INCLUI PARAFUSOS DCP	R\$ 172,00
694	8002010696	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 mm estreita, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 220,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
695	8002010697	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5 mm larga, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 276,00
696	8002010698	PLACA DE ENDOBOTON (TAMBEM P/ ENDOBOTON TITANIO P/ LIGAMENTO ÓSSEO)	R\$ 162,00
697	8002010699	PLACA DE ENDOBOTON C/ ALÇA	R\$ 900,00
698	8002010700	PLACA DE GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm	R\$ 980,00
699	8002010701	PLACA DE PUDDU C/ PARAFUSO INCLUSO	R\$ 2.800,00
700	8002010702	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA 3,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 280,00
701	8002010703	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE BACIA 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 304,00
702	8002010704	PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE TITÂNIO PARA FRATURA DE MANDÍBULA, INCLUINDO PARAFUSOS	R\$ 1.073,00
703	8002010705	PLACA DE SUPORTE PLATEAU TIBIAL 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 270,00
704	8002010706	PLACA DE TITANIO Nº 2.4	R\$ 2.800,00
705	8002010707	PLACA EM L - T - Y 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 270,00
706	8002010708	PLACA EM L 2,7 mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 123,00
707	8002010709	PLACA EM L 3,5mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 257,00
708	8002010710	PLACA EM L 4,5M, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 270,00
709	8002010711	PLACA EM T 2,7 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 123,00
710	8002010712	PLACA EM T 3,5 mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 257,00
711	8002010713	PLACA EM T 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 270,00
712	8002010714	PLACA ESPECÍFICA DE TITÂNIO - MINI OU MICRO FRAGMENTOS, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 116,00
713	8002010715	PLACA FEMUR LCP BLOQUEADA	R\$ 4.860,00
714	8002010716	PLACA MASSA LATERAL HASTE	R\$ 4.300,00
715	8002010717	PLACA MAXI RECONSTRUÇÃO EM TITANIO LOCKING M 4 DIREITO 4 x 12 FUROS OSTEMED	R\$ 2.000,00
716	8002010718	PLACA PARA CALCÂNEO	R\$ 324,00
717	8002010719	PLACA PARA MINI E MICRO FRAGMENTOS	R\$ 3.500,00
718	8002010720	PLACA PARAFUSO DESLIZANTE DE 135 OU 150 GRÁUS	R\$ 713,00
719	8002010721	PLACA PARAFUSO DESLIZANTE DE 95 GRÁUS	R\$ 552,00
720	8002010722	PLACA PONTE 3,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 423,00
721	8002010723	PLACA PONTE 4,5 mm, INCLUI PARAFUSOS	R\$ 150,00

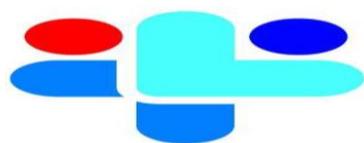


722	8002010724	PLACA RETA EXTRA FINA - MICRO PLACA SMARTLOCK	R\$ 3.900,00
723	8002010725	PLACA SEMITUBULAR 2,7 mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 137,00
724	8002010726	PLACA SEMITUBULAR 3,5 mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 137,00
725	8002010727	PLACA SEMITUBULAR 4,5 mm INCLUI PARAFUSOS	R\$ 165,00
726	8002010728	PLACA T, L, OU TREVO 3,5 mm ou 4,5 mm - INCLUI PARAFUSOS	R\$ 257,00
727	8002010729	PLACA TERÇO DE CANO 3,5 mm ; BLOQUEADA INCLUI PARAFUSOS	R\$ 5.400,00
728	8002010730	PLACA TERMOMOLDAVEL - CERVICAL	R\$ 120,00
729	8002010731	PLACA TERMOMOLDAVEL - MEMBRO INFERIOR	R\$ 240,00
730	8002010732	PLACA TERMOMOLDAVEL - MEMBRO SUPERIOR	R\$ 120,00
731	8002010733	PLACA TÍBIA LCP BLOQUEADA	R\$ 4.525,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
732	8002010734	PLACAS CERVICAIS ASSOCIADAS A PARAFUSOS INTRA-SOMÁTICOS; de titânio (1) - placa para fixação cirúrgica - sistema zargon	R\$ 2.676,00
733	8002010735	PLACAS CERVICAIS ASSOCIADAS A PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO EM ESTRUTURA POSTERIORES; DE TITÂNIO	R\$ 1.416,00
734	8002010736	PLACAS TORACO-LOMBO-SACRAL ASSOCIADAS A PARAFUSOS INTRA-SOMÁTICOS; DE TITÂNIO	R\$ 2.484,00
735	8002010737	PLACAS TORACO-LOMBO-SACRAL ASSOCIADAS A PARAFUSOS PEDICULARES; DE TITÂNIO - placas p/ coluna toraco	R\$ 3.036,00
736	8002010738	PLUG DO CANAL AMPLITUDE	R\$ 1.890,00
737	8002010739	PLUG DO CANAL FEMURAL	R\$ 850,00
738	8002010740	PO DE COLÁGENO PURIFICADO - HEMOSTÁTICO ABSORVIVEL - SURGIDRY	R\$ 690,00
739	8002010741	POLIETILENO TIBIAL BKS III	R\$ 1.391,00
740	8002010742	PONTA DE ASPIRAÇÃO ASPLASS	R\$ 120,00
741	8002010743	PONTA DE ULTRASSON CIRÚRGICO	R\$ 2.800,00
742	8002010744	PONTEIRA DE TUNGSTENIO	R\$ 899,00
743	8002010745	PONTEIRA PARA ABLAÇÃO COOLCUT - RADIOFREQUENCIA	R\$ 1.650,00
744	8002010746	PORCAS DE TITÂNIO PARA CIRURGIA DA COLUNA - PORCA PARA BLOQUEIO - BLOQUEADOR	R\$ 84,00
745	8002010747	PORT-A-CATH - CATETER IMPLANTÁVEL DE LONGA DURAÇÃO	R\$ 215,00
746	8002010748	POTENCIAL EVOCADO NEUROMONITORIZAÇÃO	R\$ 9.000,00
747	8002010749	PROCESSAMENTO DE VALVA CARDÍACA HUMANA	R\$ 2.780,00
748	8002010750	PROTESE BILIAR METÁLICO AUTO- EXPANSÍVEL (STENT)	R\$ 9.900,00
749	8002010751	PROTESE CABEÇA DE RADIO	R\$ 7.000,00
750	8002010752	PROTESE CARDIACA AMPLATZER PFO-OCCLUDER	R\$ 37.220,00
751	8002010753	PROTESE CARDÍACA P/ FECHAMENTO DE PCA - AMPLATZER-AGA-OCCLUDER-PDA NIT-OCCLUDER PFM	R\$ 23.000,00
752	8002010754	PROTESE DE ACO-TEFLON	R\$ 50,00
753	8002010755	PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO	R\$ 672,00
754	8002010756	PROTESE DE TEFLON	R\$ 800,00
755	8002010757	PROTESE ENXERTO VASCULAR STRASH PTFE	R\$ 4.950,00

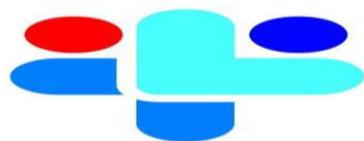


756	8002010758	PROTESE HÍBRIDA D+ C84E QUADRIL - ITENS (46+ 53 + 57 + 58 + 60+ 64+ 243(X5) + 338	R\$ 3.375,00
757	8002010759	PROTESE INTERFALANGEANA	R\$ 362,00
758	8002010760	PROTESE INTRALUMINAL AÓRTICO BIFURCADO RECOBERTO - SUSPENSO	R\$ 12.500,00
759	8002010761	PROTESE INTRALUMINAL ART AÓRTICO TUBULAR OU CÔNICO RECOBERTO - SUSPENSO	R\$ 7.800,00
760	8002010762	PROTESE INTRALUMINAL ARTERIAL (TIPS) - PERIFÉRICA COM STENT NÃO RECOBERTO	R\$ 3.096,00
761	8002010763	PROTESE INTRALUMINAL ARTERIAL AÓRTICA TUBULAR NÃO RECOBERTA	R\$ 2.122,00
762	8002010764	PROTESE INTRALUMINAL ARTERIAL PERIFÉRICA COM STENT RECOBERTO (1) SUSPENSO	R\$ 3.216,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
763	8002010765	PROTESE INTRALUMINAL CORONARIANA COM BALÃO- STENT. (STANDER) = STENT MONTADO (SD OU LD) = STENT MONTADO (SCITECH/TRAVELLER)	R\$ 3.096,00
764	8002010766	PROTESE INTRALUMINAL RECOBERTA (C/ PACLITAXEL) CORONARIANA C/ BALÃO (STENT TAXUS) SUSPENSO	R\$ 8.500,00
765	8002010767	PROTESE MAMÁRIA DE SILICONE	R\$ 893,00
766	8002010768	PROTESE METACARPO-FALANGEANA	R\$ 362,00
767	8002010769	PROTESE METÁLICA AUTO EXPANSIVA	R\$ 11.258,00
768	8002010770	PROTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR DISTAL	R\$ 3.130,00
769	8002010771	PROTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO INFERIOR PROXIMAL	R\$ 2.736,00
770	8002010772	PROTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR DISTAL	R\$ 2.688,00
771	8002010773	PROTESE NÃO CONVENCIONAL ARTICULADA MEMBRO SUPERIOR PROXIMAL	R\$ 1.728,00
772	8002010774	PROTESE NÃO CONVENCIONAL BI-ARTICULADA TOTAL	R\$ 4.320,00
773	8002010775	PROTESE NÃO CONVENCIONAL DIAFISÁRIA	R\$ 1.674,00
774	8002010776	PROTESE NÃO CONVENCIONAL EXTENSÍVEL	R\$ 4.320,00
775	8002010777	PROTESE OU ENXERTO DE PTFE ARAMADO CÔNICO	R\$ 4.798,50
776	8002010778	PROTESE OU ENXERTO VASCULAR DE PTFE ANELADO X	R\$ 3.722,00
777	8002010779	PROTESE PARA ESÔFAGO	R\$ 91,00
778	8002010780	PROTESE PARA IMPLANTE COCLEAR MONOCANAL	R\$ 16.800,00
779	8002010781	PROTESE PARA IMPLANTE COCLEAR MULTICANAL	R\$ 66.600,00
780	8002010782	PROTESE PARCIAL DE COLO DE ÚMERO	R\$ 6.000,00
781	8002010783	PROTESE PARCIAL DE QUADRIL BIPOLAR - ITENS (46 + 53 + 59+61+64 + 338)	R\$ 2.001,00
782	8002010784	PROTESE PARCIAL DE QUADRIL CIMENTADA MONOBLOCO TIPO THOMPSON	R\$ 497,00
783	8002010785	PROTESE PARCIAL DO OMBRO	R\$ 6.500,00
784	8002010786	PROTESE PLÁSTICA MONTADA BILIAR - FLEXIMA (gastro - colangiopancreatografia)	R\$ 1.152,00
785	8002010787	PROTESE PTFE 6 X 70 CM COM OU SEM HEPARINA	R\$ 22.000,00
786	8002010788	PROTESE TENDINOSA DE SILICONE	R\$ 864,00
787	8002010789	PROTESE TOTAL DE COTOVELO (Componente umeral cimentado) + (componente ulna cimentado) (1)	R\$ 1.020,00
788	8002010790	PROTESE TOTAL DE JOELHO (NACIONAL)	R\$ 8.887,00

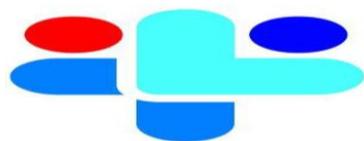


789	8002010791	PROTESE TOTAL DE QUADRIL P/ REVISÃO	R\$ 10.921,00
790	8002010792	PROTESE TOTAL DO JOELHO - ITEMS (53X2-70-72-74+75)	R\$ 3.040,00
791	8002010793	PROTESE TOTAL DO OMBRO - ITENS (53 + 59 + 71 +77)	R\$ 1.401,00
792	8002010794	PROTESE TOTAL DO QUADRIL - ITENS (46+53X2) +56+ 60 + 64+338 (POLIETILENO)	R\$ 1.901,00
793	8002010795	PROTESE TOTAL NÃO CIMENTADA DE QUADRIL CERAMICA (WRIGHT)	R\$ 12.000,00
794	8002010796	PROTESE VALVAR AÓRTICA - MITRAL	R\$ 12.000,00
795	8002010797	PROTESE VALVULAR AÓRTICA E MITRAL MECÂNICA 19 mm a 31 mm	R\$ 10.350,00
796	8002010798	PROTESE VALVULAR BIOLÓGICA AÓRTICA MITRAL	R\$ 1.126,00
797	8002010799	PROTESE VALVULAR MECÂNICA DE BAIXO PERFIL (DISCO)	R\$ 1.910,00
798	8002010800	PROTESE VALVULAR MECÂNICA DE DUPLO FOLHETO	R\$ 4.430,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
799	8002010801	PROTESE VOCAL POS LARINGECTOMIA, COM ADAPTADORES AVULSOS	R\$ 450,00
800	8002010802	PROTECTOR PERINEAL (FORRAÇÃO ORTOPEDICA ROLO POSICIONADOR PARA QUADRIL)	R\$ 300,00
801	8002010803	PUNCH DE AORTA	R\$ 226,00
802	8002010804	RAMO CONTRALATERAL ENDOPROTESE TFLE 12 X 88 (AORFIX)	R\$ 23.000,00
803	8002010805	RESERVATÓRIO DE CARDIOPLEGIA	R\$ 241,00
804	8002010806	RESERVATÓRIO DE CARDIOTOMIA	R\$ 132,33
805	8002010807	RESTRITOR DE CIMENTO FEMURAL / UMERAL	R\$ 22,00
806	8002010808	RETANGULO TIPO HARTSHILL OU SIMILAR	R\$ 916,00
807	8002010809	ROTOR / TORQUE	R\$ 120,00
808	8002010810	R-STENT ON TALLOS - ORBUS E / OU R-STENT EVOLUTION - ORBUS	R\$ 3.096,00
809	8002010811	SDM - SITEMA PARA DRENAGEM MEDIASTINAL	R\$ 35,00
810	8002010812	SELANTE DE FIBRINA - 2ML	R\$ 1.113,00
811	8002010813	SELANTE DE FIBRINA 1ML/ TISSUCOL	R\$ 586,00
812	8002010814	SELANTE DE FIBRINA-5ML -TISSUCOL	R\$ 2.000,00
813	8002010815	SELANTE IMPERMEABILIZANTE E BARREIRA DE ADESÃO EM HIDROGEL - DURASEAL	R\$ 3.300,00
814	8002010816	SENSOR FLOTRAC	R\$ 1.530,20
815	8002010817	SERINGA ANGIOGRÁFICA - SERINGA DE BOMBA INJETORA	R\$ 55,00
816	8002010818	SERINGA DE PRECISÃO	R\$ 1.400,00
817	8002010819	SHUNT LOMBO-PERITONEAL P/HIPER. CRANIANA BENÍGNA - LIQUORICA	R\$ 682,00
818	8002010820	SISTEMA CONEXÃO RETO PARA ESCOLIOSE	R\$ 2.000,00
819	8002010821	SISTEMA DE AUTO TRANSFUSÃO - AUTO LOG	R\$ 2.400,00
820	8002010822	SISTEMA DE COLOCAÇÃO DE COILS	R\$ 1.500,00
821	8002010823	SISTEMA DE ELETRODOS PARA ESTIMULAÇÃO MULTI-SÍTIO	R\$ 8.370,00
822	8002010824	SISTEMA DE FIXAÇÃO OCCIPITO-CERVICAL ASSOC. A PARAFUSOS, GANCHOS E FIOS DE CERCLAGE (INCLUIDO NO KIT DE VERTEBROPLASTIA)	R\$ 1.614,00
823	8002010825	SISTEMA DE GUIAS DE INJEÇÃO DE MAT. PRÓPRIO À VERTEBROPLASTIA	R\$ 534,00
824	8002010826	SISTEMA DE HASTE INTRAMEDULAR FEMORAL C/ PARAFUSOS	R\$ 6.000,00

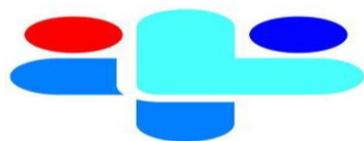


825	8002010827	SISTEMA DE INTRODUÇÃO ACCUSTICK	R\$ 1.350,00
826	8002010828	SISTEMA DE PROTEÇÃO CEREBRAL P/ PROTESE INTRALUMINAL CAROTÍDEA	R\$ 4.284,00
827	8002010829	SISTEMA DE REMOÇÃO DE TROMBO ROTAREXE STRAUB	R\$ 13.770,00
828	8002010830	SISTEMA LÍQUIDO EMBOLIZAÇÃO (OONIX)	R\$ 1.200,00
829	8002010831	SISTEMA MULTIAXIAL DE UNIÃO PARA ESCOLIOSE	R\$ 6.500,00
830	8002010832	SISTEMA PARA FIXAÇÃO TRANSVERSAL DE TITÂNIO - intertrava	R\$ 810,00
831	8002010833	SLING SINTÉTICO	R\$ 1.790,00
832	8002010834	SONDA DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA - CH 15	R\$ 396,00
833	8002010835	SONDA TRAQUEAL DUPLO LUMEN	R\$ 380,00
834	8002010836	STENT AUTO EXPANSÍVEL SMATH CONTROL 6X15	R\$ 8.000,00
835	8002010837	STENT AUTO-EXPANSÍVEL EXPRESS L D	R\$ 4.410,00

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
836	8002010838	STENT AUTO-EXPANSÍVEL 10 X 40MM	R\$ 3.800,00
837	8002010839	STENT AUTO-EXPANSÍVEL DE SENTINOL	R\$ 5.500,00
838	8002010840	STENT AUTO-EXPANSÍVEL EPIC 08X40 mm / 08X100 mm c/ 75 cm DE COMPRIMENTO	R\$ 7.725,60
839	8002010841	STENT CAROTÍDEO CRISTALLO CÔNICO 7.0 x 30 mm OU PROTEGE	R\$ 7.650,00
840	8002010842	STENT CHROMIS DEEP	R\$ 5.000,00
841	8002010843	STENT CORONARIANO CROMO COBALTO - GENIUS MAGIC	R\$ 1.500,00
842	8002010844	STENT CORONARIANO FARMACOLOGICO DIOR	R\$ 6.980,00
843	8002010845	STENT CRISTALO IDEALE-STENT RETO 5FR	R\$ 10.864,00
844	8002010846	STENT DYNAMIC 7 x 25	R\$ 4.500,00
845	8002010847	STENT ENTERPRISE	R\$ 15.000,00
846	8002010848	STENT FARMACOLÓGICO	R\$ 8.500,00
847	8002010849	STENT FLUENCY PLUS 5 x 4	R\$ 16.000,00
848	8002010850	STENT FLUENCY PLUS 6 x 15	R\$ 16.000,00
849	8002010851	STENT INTRACRANIANO LEO 2,5X12/ 2,5X18/ 3,5X25/ 4,5X20/ 5,5X25	R\$ 18.000,00
850	8002010852	STENT METÁLICO ESOFÁGICO COBERTO ULTRAFLEX - SUSPENSO	R\$ 5.434,00
851	8002010853	STENT METÁLICO ESOFÁGICO NÃO COBERTO ULTRAPLEX	R\$ 4.389,00
852	8002010854	STENT MONTADO C/ BALÃO 8X30X135 CM (SCUBA)	R\$ 5.000,00
853	8002010855	STENT NEUROFORM	R\$ 17.000,00
854	8002010856	STENT PALMAZ	R\$ 7.690,00
855	8002010857	STENT PERIFÉRICO AUTO -EXPANSÍVEL MARIS	R\$ 9.200,00
856	8002010858	STENT PERIFÉRICO AUTO-EXPANSÍVEL ASTRON PULSAR	R\$ 6.850,00
857	8002010859	STENT PERIFÉRICO DYNAMIC RENAL	R\$ 6.500,00
858	8002010860	STENT PERIFÉRICO EXPANSÍVEL POR BALÃO DYNAMIC	R\$ 7.870,00
859	8002010861	STENT PERIFÉRICO PROTEGE /CARÓTIDA/ EVERFLEX - CELULAS FECHADAS	R\$ 8.500,00
860	8002010862	STENT PIPELINE - EMBOLIZATION DEVICE PIPELINE	R\$ 50.000,00
861	8002010863	STENT PRO-KINETIC ENERGY EXPLORER 3,5 X 40	R\$ 1.700,00



862	8002010864	STENT RENAL HIPPOCAMPUS	R\$ 7.760,00
863	8002010865	STENT SILK (INTRACRANIANO) NEUROCIRURGIA	R\$ 33.500,00
864	8002010866	STENT SMART CONTROL 4 x 40 mm	R\$ 5.600,00
865	8002010867	STENT SMART CONTROL 6 x 15	R\$ 5.000,00
866	8002010868	STENT SMART CONTROL 7 X 20 C/ 6 CONEÇÕES	R\$ 5.000,00
867	8002010869	STENT SMART CONTROL 9 x 40 mm COM 120 cm DE COMPRIMENTO UTILIZAVEL	R\$ 5.000,00
868	8002010870	STENT VENOSO ZILVER VENA	R\$ 16.500,00
869	8002010871	STENT ZILVER 6 X 100 MM	R\$ 5.500,00
870	8002010872	STONE CONE	R\$ 970,00
871	8002010873	SUBSTITUTO DE DURA MATER DE 5/5cm	R\$ 4.477,77
872	8002010874	SUBSTITUTO OSSEO COM HIDROXIAPATITA 10G	R\$ 10.700,00
873	8002010875	SUBSTITUTO TEMPORARIO DE PELE (BIOLOGICA/SINTETICA). (POR CM2)	R\$ 0,05

ANEXO E-15

TABELA DE OPME

Item	Código	Descrição	Valor (R\$)
874	8002010876	SURGIDRY ESPONJA 5,0 X 8,0 X 0,2cm	R\$ 1.000,00
875	8002010877	SUTURA VASCULAR - ANGIOSEAL - SISTEMA DE SUTURA	R\$ 1.800,00
876	8002010878	TACKER GRAMPEADOR	R\$ 1.586,00
877	8002010879	TELA DE PROLENE PARIETENE LIGTH (MACROPOROSA)	R\$ 642,00
878	8002010880	TELA DE PTFE P/ FECHAMENTO	R\$ 4.798,00
879	8002010881	TELA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULAR	R\$ 456,00
880	8002010882	TELA DE RECONSTRUÇÃO FEMURAL	R\$ 384,00
881	8002010883	TELA DE TITANIO - MALHA DE TITANIO	R\$ 2.500,00
882	8002010884	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) E/OU (BIOTELA)-20X20-MÉDIA	R\$ 150,00
883	8002010885	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) - 15X15 - PEQUENA	R\$ 135,00
884	8002010886	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 10X10	R\$ 120,00
885	8002010887	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 16,0 X 17,0 CM	R\$ 140,00
886	8002010888	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 25 X 25 CM	R\$ 165,00
887	8002010889	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 25,0 X 16 CM	R\$ 160,00
888	8002010890	TELA INORGANICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 26 X 36 CM	R\$ 180,00
889	8002010891	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) E/OU (BIOTELA) - 30X30 - GRANDE	R\$ 215,00
890	8002010892	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO COM SISTEMA DUPLO	R\$ 312,00
891	8002010893	TELA INORGÂNICA DE POLIPROPILENO (MARLEX) 12,2X12,5CM	R\$ 122,00
892	8002010894	TESOURA ULTRASSÔNICA DESCARTÁVEL	R\$ 2.500,00
893	8002010895	TORQUE DELLVERY SYSTEM AGA	R\$ 5.200,00
894	8002010896	TROCATER 15 MM	R\$ 719,00
895	8002010897	TROCATER 5 MM / 11 MM / 12 MM	R\$ 250,00
896	8002010898	TUBO DE VENTILAÇÃO TIPO SHEPARD	R\$ 285,00
897	8002010899	TUBO EXTENSOR ALTA PRESSÃO PARA BOMBA INJETORA	R\$ 155,00
898	8002010900	TUBO VALVADO COM VÁLVULA METÁLICA	R\$ 9.000,00
899	8002010901	VALVULA BIOLOGICA CARPETIER (DOKIMOS PLUS) - (PERIMON)	R\$ 12.000,00

900	8002010902	VÁLVULA HEMOSTÁTICA SCITECH	R\$ 120,00
901	8002010903	VALVULA MAGNA AORTICA - MITRAL	R\$ 19.800,00
902	8002010904	VALVULA MOSAIC	R\$ 28.000,00
903	8002010905	VALVULA PARA HIDROCEFALIA	R\$ 365,00
904	8002010906	VÁLVULA PARA TRATO DE ASCITE	R\$ 1.242,00
905	8002010907	VALVULA PORCINA HANCOCK II	R\$ 12.000,00
906	8002010908	VÁLVULA REGULAR STRATA PEQUENA - AUTO REGULAVEL	R\$ 12.000,00
907	8002010909	VAMP - SISTEMA PARA COLETA DE SANGUE VAMP ADULTO	R\$ 93,00

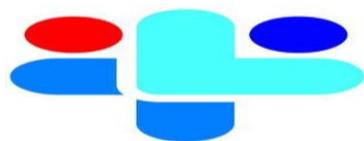
ANEXOS DIVERSOS E-16

PROGRAMA DO IDOSO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR (R\$)
10016	PROGRAMA DO IDOSO CONSULTA GERIATRA	R\$ 45,00
10017	PROGRAMA DO IDOSO CONSULTA CLINICA MÉDICA	R\$ 38,00
10018	PROGRAMA DO IDOSO CONSULTA OFTALMOLOGIA	R\$ 38,00
10019	PROGRAMA DO IDOSO CONSULTA PSICÓLOGO	R\$ 45,00
10020	PROGRAMA DO IDOSO CONSULTA NUTRICIONISTA	R\$ 45,00
80000353	PROGRAMA DO IDOSO AVALIAÇÃO PSICOTERAPIA	R\$ 30,00
80000354	PROGRAMA DO IDOSO SESSÃO PSICOLOGIA (CADA)	R\$ 35,00
80000355	PROGRAMA DO IDOSO AVALIAÇÃO FONOAUDIOLOGIA	R\$ 30,00
80000356	PROGRAMA DO IDOSO SESSÃO FONOTERAPIA	R\$ 24,00
80000357	PROGRAMA DO IDOSO AVALIAÇÃO FISIOTERAPIA	R\$ 30,00
80000358	PROGRAMA DO IDOSO AVALIAÇÃO TERAPIA OCUPACIONAL	R\$ 30,00
80000359	PROGRAMA DO IDOSO SESSÃO TERAPIA OCUPACIONAL (CADA)	R\$ 35,00
80000360	PROGRAMA DO IDOSO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO	R\$ 35,00

OBS: Sessões de Fisioterapia serão cobrados de acordo com tabela AMB/92.

ACORDOS



ANEXO F-01

CLÍNICA DO BEBÊ

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	DIÁRIAS	VALOR (R\$)
80000313	Pacote Pronto Socorro Clínica do Bebê	06 horas	R\$ 180,00

PACOTE: Inclui consulta , serviço de enfermagem , aerossol, sala de observação e repouso até 06 horas, medicação e material (fase rápida de hidratação , antitérmico , antialérgico)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
8000000036	Diária de Enfermaria	Dia	R\$ 140,0
20010	Visita de Enfermaria	Dia	R\$ 80,00
80000314	Visita de Apartamento	Dia	R\$ 160,0

PACOTE DE FISIOTERAPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNID.	VALOR (R\$)
25040014	Assistência fisiátrica respiratória em doente clínico internado	1 SESSÃO	R\$ 14,00
25020030	Hemiplegia e hemiparesia	1 SESSÃO	R\$ 14,00
25040022	Assistência fisiátrica respiratória em paciente internado com ventilação mecânica -	1 SESSÃO	R\$ 14,00
25040030	Assistência fisiátrica respiratória em pré e pós-operatório de condições cirúrgicas	1 SESSÃO	R\$ 14,00
25040049	Doenças pulmonares atendidas em ambulatório	1 SESSÃO	R\$ 14,00

25040057	Paciente com d.p.o.c. em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória	1 SESSÃO	R\$ 14,00
-----------------	---	-----------------	------------------

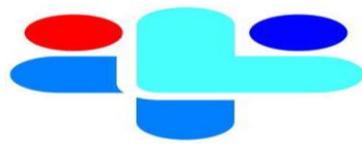
Obs: Conforme Processos nº 2016.29.10051852PA, 2016.48.100779PA, 2016.147.100487PA o presente acordo vigora a contar de **1º de Janeiro de 2016**.

ANEXO F-2 DIÁRIAS E TAXAS PARA SERVIÇOS HOSPITALARES- BENEFICENTE PORTUGUESA

A CONTAR DE 01/02/2016

DIÁRIAS			
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
800000011	BERÇÁRIO PATOLÓGICO	DIA	74,00
800000036	ENFERMARIA	DIA	140,00
800000063	MEIA DIARIA	DIA	69,90
800000125	UTI ADULTO	DIA	455,00
800000126	UTI NEONATAL	DIA	369,00
800000088	REFEIÇÃO PARA ACOMPANHANTE	UND	6,50
TAXA DE SALA			
TAXAS DE CENTRO CIRURGICO			
800000076	PORTO ANESTÉSICO 0	USO	R\$ 54,55
800000077	PORTO ANESTÉSICO 1	USO	R\$ 131,87
800000078	PORTO ANESTÉSICO 2	USO	R\$ 174,50
800000079	PORTO ANESTÉSICO 3	USO	R\$ 254,55
800000080	PORTO ANESTÉSICO 4	USO	R\$ 281,00
800000081	PORTO ANESTÉSICO 5	USO	R\$ 313,00
800000082	PORTO ANESTÉSICO 6	USO	R\$ 498,32
800000083	PORTO ANESTÉSICO 7	USO	R\$ 588,35
TAXA FORA DO CENTRO CIRURGICO			
800000099	SALA AMBULATORIAL (CIRUR/GESSO)	USO	R\$ 45,00
800000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 37,93
800000109	SALA DE QUIMIOTERAPIA COM BOMBA	SESSÃO	
800000100	SALA DE DIÁLISE	SESSÃO	R\$ 178,50
800000103	SALA DE ENDOSCOPIA COM ACOMPANHAMENTO DE ANESTESIA	SESSÃO	R\$ 133,59
800000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	R\$ 525,00
GASOTERAPIA			
800000073	OXIGENIO SOB CATETER		R\$ 10,00

8000000074	OXIGENIO SOB PRESSÃO		R\$ 43,50
8000000048	GÁS CARBONICO		R\$ 60,00
8000000070	NITROGÊNIO		R\$ 50,00
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO OXITO NITROSO		R\$ 63,00
TAXAS DE SERVIÇOS			
8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID	R\$ 26,00
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID	R\$ 18,06
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID	R\$ 13,74
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID	R\$ 11,00
8000000057	LAVAGEM GASTRICA	SESSÃO	R\$ 19,87
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	SESSÃO	R\$ 19,87
8000000086	PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARAENTERAL	UNID	R\$ 17,00
8000000047	FOTOTERAPIA	DIA	R\$ 18,50
8000000001	AERROSSOL COM MEDICAMENTOS E OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 6,00
8000000002	AERROSSOL COM MEDICAMENTOS E SEM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 3,99
TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS			
8000000014	BISTURI ELÉTRICO FORA DO CENTRO CIRURGICO	USO	R\$ 60,00
8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	R\$ 34,00
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 191,00
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO - ARTROSCOPIA	USO	R\$ 228,00
8000000064	MICROSCÓPIA CIRÚRGICO		R\$ 120,00
8000000066	MONITOR CARDIACO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	USO	R\$ 33,50
8000000075	OXIMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)		R\$ 9,50
8000000071	OXICAPINOGRAFO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	R\$ 63,00
8000000098	RAIO- X S/CIRUR.C/ITENS DE IMAGEM	USO	R\$ 170,00
8000000090	RESPIRADOR Á PRESSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	HORA	R\$ 12,00
8000000091	RESPIRADOR Á VOLUME Á VOLUME (FORA DA	HORA	R\$ 12,00
8000000054	IRRIGAÇÃO CONTINUA	DIA	R\$ 15,75
8000000094	RETIRADA DE GESSO	SESSÃO	R\$ 11,50
8000000029	DEFIBRILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)		R\$ 24,55
EQUIPAMENTO DE LITOTRISIA EXTRACORPÓREA			
8000000000	1ª APLICAÇÃO	USO	R\$ 920,00
8000000026	DEMAIS APLICAÇÕES	USO	R\$ 460,00
8000000060	MÁQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA	USO	R\$ 203,00
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	R\$ 46,00



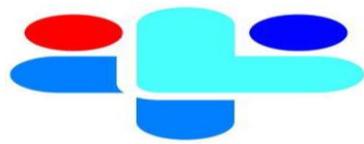
IASB
INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE BELÉM

800000020	CPAP	USO	R\$ 7,00
800000122	TRÉPANO ELETRICO	USO	R\$ 45,00

ANEXO F-03

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - HOSPITAL PORTO DIAS

80000162	RNM de crânio	R\$ 530,00
80000163	RNM de coluna cervical	
80000164	RNM de coluna torácica	
80000165	RNM de coluna lombo-sacra	
80000166	RNM de pescoço	
80000167	RNM de plexo braquial (unilateral)	
80000168	RNM de tórax	
80000169	RNM de coração ou aorta com cine	
80000170	RNM de abdome superior	
80000171	RNM de bacia ou pélvis	
80000172	RNM de ATM (bilateral)	
80000173	RNM de ombro (unilateral)	
80000174	RNM de cotovelo ou punho (unilateral)	
80000175	RNM de coxo-femoral (bilateral)	
80000176	RNM de joelho (unilateral)	
80000177	RNM de tornozelo ou pé (unilateral)	
80000178	RNM de segmento apendicular (unilateral)	
80000224	RNM de mama	



ANEXO F-04

RESSONÂNCIA MAGNETICA- HOSPITAL SAÚDE DA MULHER

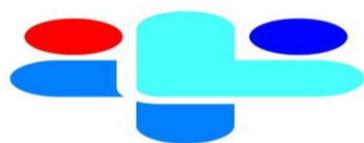
80000162	RNM de crânio	R\$ 480,00
80000163	RNM de coluna cervical	
80000164	RNM de coluna torácica	
80000165	RNM de coluna lombo-sacra	
80000166	RNM de pescoço	
80000167	RNM de plexo braquial (unilateral)	
80000168	RNM de tórax	
80000169	RNM de coração ou aorta com cine	
80000170	RNM de abdome superior	
80000171	RNM de bacia ou pélvis	
80000172	RNM de ATM (bilateral)	
80000173	RNM de ombro (unilateral)	
80000174	RNM de cotovelo ou punho (unilateral)	
80000175	RNM de coxo-femoral (bilateral)	
80000176	RNM de joelho (unilateral)	
80000177	RNM de tornozelo ou pé (unilateral)	
80000178	RNM de segmento apendicular (unilateral)	
80000224	RNM de mama	

ANEXO F-05

ACORDO EXAME - ELETRONEUROMIOGRAFIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
80000321	ELETRONEUROMIOGRAFIA POR MEMBRO	R\$-100,00

OBS: Conforme Proc. 2016.48.100779PA, o presente acordo será válido a partir de **1º de fevereiro de 2016**.



ANEXO F-06- ACORDO DIÁRIAS E TAXAS – HOSPITAL DO CORAÇÃO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR (R\$)
---------------	------------------	----------------	--------------------

1 – DIÁRIAS

8000000036	ENFERMARIA PADRÃO	DIA	R\$ 120,00
8000000003	APARTAMENTO	DIA	R\$ 165,00
8000000063	MEIA DIARIA	12h	R\$ 60,00
8000000125	UTI ADULTO	DIA	R\$ 380,00

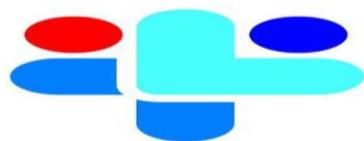
2 – TAXAS DE SALA

2.1 – TAXAS EM CENTRO CIRÚRGICO

8000000076	TX DE SALA PORTE 0	USO	R\$ 42,00
8000000077	TX DE SALA PORTE 1	USO	R\$ 102,00
8000000078	TX DE SALA PORTE 2	USO	R\$ 134,00
8000000079	TX DE SALA PORTE 3	USO	R\$ 197,00
8000000080	TX DE SALA PORTE 4	USO	R\$ 219,00
8000000081	TX DE SALA PORTE 5	USO	R\$ 245,00
8000000082	TX DE SALA PORTE 6	USO	R\$ 387,00
8000000083	TX DE SALA PORTE 7	USO	R\$ 463,00

2.2 – TAXA DE INSTALAÇÕES:

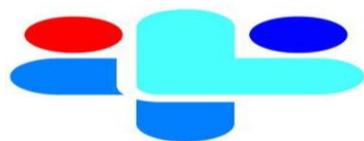
8000000099	SALA AMBULATORIAL (CIRUR/GESSO)	USO	R\$ 35,00
8000000107	SALA DE OBSERVAÇÃO E REPOUSO	USO	R\$ 35,00
8000000109	SALA DE QUIMIOTERAPIA	SESSAO	R\$ 91,00
8000000100	SALA DE DIÁLISE	SESSÃO	R\$ 146,00
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA SEM ACOMPANHAMENTO DE ANESTESIA	SESSÃO	R\$ 82,00
8000000103	SALA DE ENDOSCOPIA COM ACOMPANHAMENTO DE ANESTESIA	SESSÃO	R\$ 102,00
8000000119	SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTESICA	USO	R\$ 32,00



8000000105	SALA DE HEMODINÂMICA	SESSÃO	R\$ 428,00
------------	----------------------	--------	------------

2.3 – TAXA DE SERVIÇOS:

8000000022	CURATIVO ESPECIAL	UNID.	R\$ 22,00
8000000023	CURATIVO GRANDE	UNID.	R\$ 14,00
8000000024	CURATIVO MÉDIO	UNID.	R\$ 11,00
8000000025	CURATIVO PEQUENO	UNID.	R\$ 12,00
8000000057	LAVAGEM GÁSTRICA	SESSÃO	R\$ 16,00
8000000058	LAVAGEM INTESTINAL	SESSÃO	R\$ 23,00
8000000086	PREPARO DE ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	DIA	R\$ 16,00
8000000047	FOTOTERAPIA	SESSÃO	R\$ 23,00
8000000001	AEROSOL COM MEDICAMENTOS E OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 6,00
8000000002	AEROSOL COM MEDICAMENTOS E SEM OXIGENIO	SESSÃO	R\$ 4,00



ANEXO F-06- ACORDO DIÁRIAS E TAXAS – HOSPITAL DO CORAÇÃO

2.4 – TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS

8000000014	BISTURI ELÉTRICO FORA DO CENTRO CIRURGICO	USO	R\$ 36,50
8000000015	BOMBA DE INFUSÃO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	DIA	R\$ 30,00
8000000038	EQUIPAMENTO DE LAPAROSCOPIA	USO	R\$ 152,00
8000000043	EQUIPAMENTO DE VIDEO ARTROSCOPIA	USO	R\$ 188,00
8000000064	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	USO	R\$ 102,00
8000000066	MONITOR CARDÍACO (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	USO	R\$ 3,00
8000000071	OXICAPNÓGRAFO (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	DIA	R\$ 64,09
8000000075	OXÍMETRO DIGITAL (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	DIA	R\$ 10,25
8000000071	RAIO-X S/ CIRUR. C/ ITENS DE IMAGEM	USO	R\$ 131,00
8000000029	DEFIBRILADOR (FORA DA UTI E CENTRO CIRURGICO)	SESSÃO	R\$ 19,00
8000000090	RESPIRADOR À PRESSÃO (FORA UTI E C. CIRUR)	HORA	R\$ 15,38
8000000091	RESPIRADOR À VOLUME (FORA DA UTI E C. CIRURG.)	HORA	R\$ 6,92
8000000000	EQUIPAMENTO DE LITOTRISIA EXTRA CORPÓREA- 1ª APLICAÇÃO	USO	R\$ 774,00
8000000026	EQUIPAMENTO DE LITOTRISIA EXTRA CORPÓREA- DEMAS APLICAÇÕES	USO	R\$ 387,00
8000000060	MAQUINA DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA	USO	R\$ 173,00
8000000111	SERRA ELÉTRICA PARA CIRURGIA	USO	R\$ 38,00
8000000122	TRÉPANO ELÉTRICO	USO	R\$ 38,00

3 – GASOTERAPIA:

8000000073	OXIGENIO SOB CATETER	HORA	R\$ 9,00
8000000074	OXIGÊNIO SOB PRESSÃO (FORA DE CC E UTI)	HORA	R\$ 38,00
8000000048	GÁS CARBÔNICO / DIOXIDO DE CARBONO	HORA	R\$ 52,00
8000000070	NITROGÊNIO	HORA	R\$ 46,00
8000000087	PROTÓXIDO DE AZOTO / OXIDO NITROSO	HORA	R\$ 54,00

ACORDO F-07- HONORÁRIOS DE CIRURGIAS OTORRINO PEDIATRAS.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
53060091	FRENOTOMIA LINGUAL	R\$ 93,32
51050137	EXÉRESE DE RÂNULA OU MUCOCELE	R\$ 222,10
80000050	ADENOAMIGDALECTOMIA	R\$ 479,68
80000051	ADENOIDECTOMIA	R\$ 319,36
80000052	AMIGDALECTOMIA DAS PALATINAS	R\$ 319,36
80000323	MICROCIRURGIA PARA DECORTICAÇÃO OU TRATAMENTO DE EDEMA DE REINKE	R\$ 369,29
80000324	MICROCIRURGIA PARA REMOÇÃO DE CISTO OU LESÃO INTRACORDAL	R\$ 369,29
80000325	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO DE PAPILOMA	R\$ 369,29
80000326	MICROCIRURGIA PARA RESSECÇÃO DE PÓLIPO, NÓDULO OU GRANULOMA	R\$ 319,36
51020041	CORPOS ESTRANHOS, PÓLIPOS OU BIÓPSIA - EM HOSPITAL SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 222,10
80000137	TIMPANOTOMIA EXPLORADORA	R\$ 222,10
80000138	TIMPANOTOMIA PARA TUBO DE VENTILAÇÃO - UNILATERAL	R\$ 444,20
51030012	ABCESSO OU HEMATOMA DE SEPTO NASAL - DRENAGEM SOB ANESTESIA GERAL	R\$ 222,10
51030063	CORNETO INFERIOR- CAUTERIZAÇÃO LINEAR	R\$ 162,92
51030047	CORPOS ESTRANHOS - RETIRADA SOB ANESTESIA GERAL/HOSPITAL	R\$ 186,61
51030233	EPISTAXE CAUTERIZAÇÃO DA ARTÉRIA ESFENOPALATINA COM MICROSCOPIA- UNILATERAL POR VIDEOENDOSCOPIA	R\$ 1.123,64
51030250	EPISTAXE - LIGADURA DAS ARTÉRIAS ETMOIDAIAS - ACESSO TRANSORBITÁRIO UNILATERAL	R\$ 801,67
49010174	FÍSTULA LIQUÓRICA- TRATAMENTO CIRÚRGICO ENDOSCÓPICO INTRANASAL	R\$ 710,98
51030101	IMPERFURAÇÃO COANAL -CORREÇÃO CIRÚRGICA	R\$1,123,64
51030160	RINOSSEPTOPLASTIA FUNCIONAL	R\$ 1.036,90
80000136	SEPTOPLASTIA (QUALQUER TÉCNICA SEM VÍDEO)	R\$ 710,98
51030209	TURBINECTOMIA OU TURBINOPLASTIA	R\$ 162,92
51040018	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANAL	R\$ 369,29
51040026	ETMOIDETOMIA INTRANASAL	R\$ 678,13
51040042	PÓLIPO ANTRO COANAL DE Killian exeresse	R\$ 369,29
51030217	RESSECÇÃO DE TUMOR BENIGNINO	R\$ 628,18
80000327	SINUSCETOMIA MAXILAR	R\$ 678,13
51040050	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	R\$ 678,13
51040069	SINUSOTOMIA FRONATAL INTRANASAL	R\$ 678,13

Obs: O referido pacote é aplicado para pacientes de até 12 (doze) anos de idade.

- **Incluem:** honorários médicos, Técnica por Vídeo laparoscopias.
- **Excluem:** órteses, próteses, hemoterapia, Honorários de Anestesiologia, Diárias, aluguéis, taxas (inclusive equipamentos) gasoterapia, materiais descartáveis, medicamentos.

ACORDO F-08- UROFLUXOMETRIA

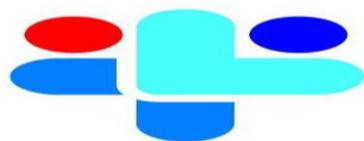
CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
56010109	UROFLUXOMETRIA	R\$ 80,00

Obs: O presente acordo possui validade a contar de Julho de 2016.

ACORDO F-09- REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR/SESSÃO
80000335	REABILITAÇÃO LABIRÍNTICA	R\$ 56,00

Obs: A contar de Agosto de 2016.



**ACORDO F-10 - HONORÁRIOS DE CIRURGIA CARDÍACA / HEMODINAMICA
HOSPITAL DO CORAÇÃO**

CODIGO	PROCEDIMENTO	DIÁRIAS (R\$)	VALOR (R\$)
80000192	CATETERISMO CARDÍACO	12 HORAS	R\$ 2.100,00
80000055	ANGIOPLASTIA SEM STENT	02 DIÁRIAS 01 UTI 01 Enfermaria	R\$ 7.420,00
80000149	ANGIOPLASTIA COM STENT	3 DIÁRIAS 01 UTI 02 Enfermarias	R\$ 7.560,00
80000267	DEMAIS CIRURGIAS CARDÍACAS*	13 DIÁRIAS 03 UTI 10 (Acomodações)	R\$ 18.000,00

* Excluem-se os Honorários Médicos

Observações:

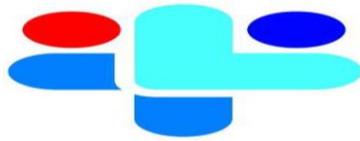
- Os valores de pacotes de Cateterismo Cardíaco e Angioplastia incluem Honorários Médicos, Diárias, Taxas, Materiais, Medicamentos, exames de imagens e o uso do equipamento Circulação Extracorpórea e /ou Assistida; e excluem os valores de Anestesiologia, Hemoterapia, Laboratório e OPME;
- Os pacotes de angioplastias não incluem stent convencional e farmacológico, cobrados conforme a lista referencial de OPME;
- Nas demais cirurgias cardíacas exclui-se Marca-passo Definitivo, Válvulas Cardíacas, Cateter Presep, Conjunto de Circulação Assistida (Biopump), Filtro de Proteção aórtica (Embol-X), Sensor Flotrac;

HONORÁRIOS MÉDICOS PARA AS DEMAIS CIRURGIAS CARDÍACAS:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
80000009	Troca valvar	R\$ 4.000,00
	Valvuloplastia	
	Ampliação do anel valvar	
	Aneurismectomia de ventrículo esquerdo	
	Revascularização do miocárdio	
	Correção cirúrgica de comunicação interatrial	
	Correção cirúrgica de comunicação interventricular	
	Ampliação de anel valvar, grandes vasos, átrios, ventrículos	
	Ressecção de infundíbulo, de septo, de membranas, de bandas	
	Transposições de vasos e de câmaras	
	Redirecionamento do fluxo sanguíneo	

Observações:

- O valor refere-se aos honorários do Cirurgião, Auxiliares e Perfusionista;
- Acrescenta-se 50% do valor do pacote em casos de cirurgia com procedimentos múltiplos;

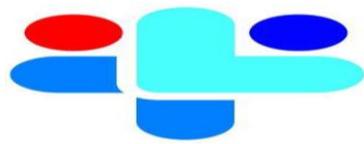


ACORDO F-11 – ACORDO MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA

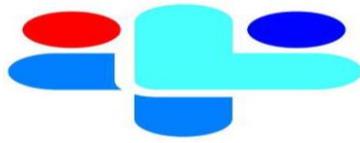
DIÁRIAS E TAXAS	CÓDIGO	ITEM	VALOR
ENFERMARIA	8000000036	DIA	R\$ 141,00
RN ALOJAMENTO CONJUNTO (TAXA DE BERCÁRIO)	8000000031	DIA	R\$ 90,00
FOTOTERAPIA	8000000047	HORA	R\$ 6,00
REFEIÇÃO ACOMPANHANTE	8000000089	UNID	R\$ 9,00
PORTE 5	8000000081	UNID	R\$ 247,00
TAXA DE SALA PARA CESAREANA	8000000118	UNID	R\$ 350,00
VISITA ESPECIALISTA EM UTI	80000314	UNID	R\$ 200,00
PLANTÃO DE DOZE HORA S EM UTI	40010 OU 40029		

OBS1: Os acompanhantes são para: menores de 18 anos, idosos a partir do 60 anos de idade, portadores de necessidades especiais e gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto.
OBS 2: Será devida a cobrança de taxa para os casos de acompanhantes de RN em UTI (mãe), desde que justificadas tecnicamente em laudo médico a necessidade da permanência da mãe como alternativa ao cuidado neonatal. Cabendo análise do auditor hospitalar.

MATERIAIS	CÓDIGO	ITEM	VALOR
EQUIPO BOMBA COLLEAGUE C/INJ. LAT 15 MICRA LUER LOCK			R\$ 504,79
EQUIPO C/ADAP SERINGA BOMBA COLLEAGE C/INJ.LAT LUER LOCK			R\$ 504,79
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N 18 C/ DISP DE SEGURANCA			R\$ 54,38
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N 20 C/ DISP DE SEGURANCA			R\$ 54,38
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N 22 C/ DISP DE SEGURANCA			R\$ 54,38
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N 24 C/ DISP DE SEGURANCA			R\$ 54,38
CPAP NASAL NR 0 KIT COMPLETO			R\$ 240,00
CPAP NASAL NR 00 KIT COMPLETO			R\$ 240,00
CPAP NASAL NR 1.0 KIT COMPLETO			R\$ 240,00
CPAP NASAL NR 2.0 KIT COMPLETO			R\$ 240,00
COLETOR DE URINA ADULTO SISTEMA FECHADO			R\$ 15,20
AGULHA P/ ANESTESIA PERIDURAL PERICAN 16G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA PERIDURAL PERICAN 17G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA PERIDURAL PERICAN 18G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA PERIDURAL PERICAN PAED 20G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA RAQUIDIANA SPINOCAN 22G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA RAQUIDIANA SPINOCAN 25G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA RAQUIDIANA SPINOCAN 26G			R\$ 58,37



AGULHA P/ ANESTESIA RAQUIDIANA SPINOCAN 27G			R\$ 58,37
AGULHA P/ ANESTESIA RAQUIDIANA SPINOCAN 29G			R\$ 58,37
CATETER P/ ANESTESIA PERIDURAL/EPIDURAL PERIFIX 16			R\$ 62,63
INFUSOR 2 VIAS NEOFIX			R\$ 12,16
TORNEIRA 3 VIAS	8001010088	UNID.	R\$ 14,00
ATADURA DE CREPOM 10CM X 1,8M			R\$ 3,00
ATADURA DE CREPOM 15CM X 1,8M			R\$ 3,00
ATADURA DE CREPOM 20CM X 1,8M			R\$ 3,90
ATADURA DE CREPOM 25CM X 1,8M			R\$ 3,90
ATADURA DE CREPOM 30CM X 1,8M			R\$ 3,90



ACORDO F-12 – ACORDO BIOCATH

OPME	CÓDIGO	ITEM	VALOR
VÁLVULA BIOLÓGICA PORCINA AÓRTICA/MITRAL		UNID	R\$ 18.000,00
PRÓTESE PORCINA AÓRTICA/MITRAL		UNID	R\$ 11.000,00
VÁLVULA MECÂNICA DUPLO FLHETO AÓRTICA		UNID	R\$ 6.000,00
ENXERTO AÓRTICO VALVADO		UNID	R\$ 12.000,00
CANETA DE ABLAÇÃO CIRURGICA		UNID	R\$ 7.500,00
DISPOSITIVO DE ABLAÇÃO CIRURGICA DE RADIO FREQUENCIA		UNID	R\$ 8.500,00
AUTOLOG		UNID	R\$ 3.500,00
KIT CANULA ARTERIAL/VENOSA		UNID	R\$ 400,00