

CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AO IPM E PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM SAÚDE

ADITIVO AO EDITAL Nº 102/2022

O Superintendente do Instituto de de Previdência do Município de Fortaleza (IPM) e a Presidente do Instituto Municipal de Desenvolvimento de Recursos Humanos (IMPARH), no uso de suas atribuições legais, em cumprimento à Lei Federal nº 8.666/1993, com suas alterações posteriores, e, ainda, observados os comandos previstos na previstos na Lei Complementar Municipal nº 176, de 19 de dezembro de 2014, com suas alterações posteriores, e na Lei Complementar Municipal nº 188, de 19 de dezembro de 2014, bem como respeitado o disposto no Edital nº 102/2022,

CONSIDERANDO o dever de atender aos princípios da legalidade e da publicidade, conforme determinado no art. 37, *caput*, da Constituição Federal de 1988,

CONSIDERANDO o poder de autotutela da Administração Pública para rever, *ex officio*, os atos por ela praticados,

CONSIDERANDO a conveniência e a oportunidade inerentes à atividade da Administração Pública,

CONSIDERANDO a necessidade de manter a regularidade da auditoria a ser realizada em face dos serviços prestados pelo rol de credenciados (pessoas físicas e jurídicas),

DIVULGAM o presente **Aditivo** ao **Edital nº 102/2022**, nos termos que seguem:

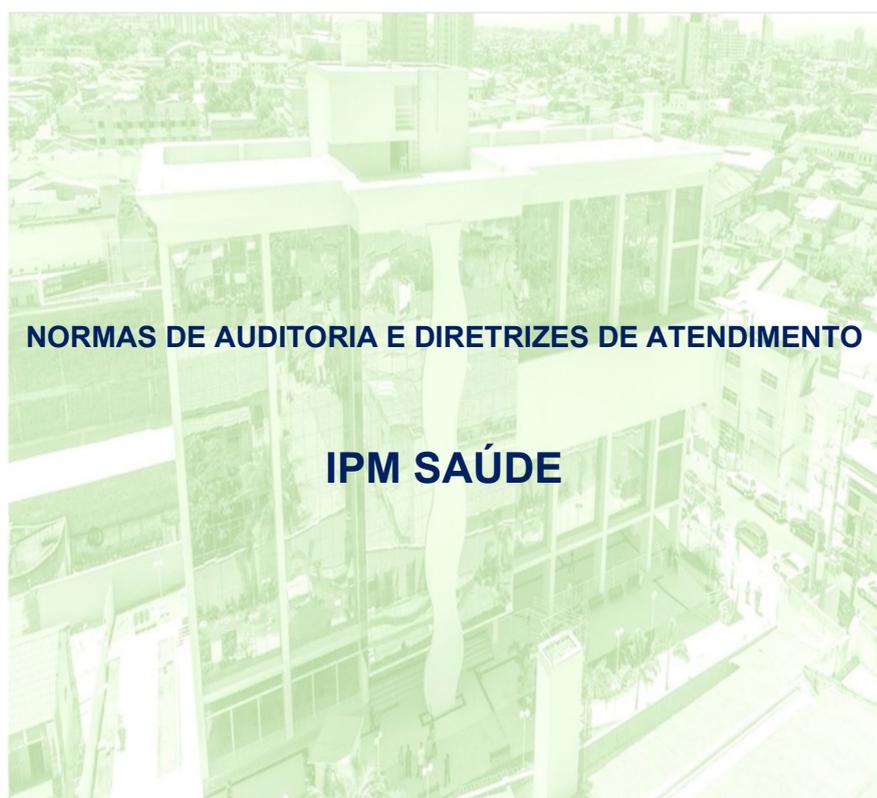
1. Fica incluído o **Anexo XXI**, com a seguinte redação:

EDITAL Nº 102/2022

**ANEXO XXI - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM SAÚDE**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - IPM

DIRETORIA DE SAÚDE - DISA



Fortaleza-CE

2022

APRESENTAÇÃO

O IPM Saúde, a partir do processo de trabalho em co-gestão que teve início em dezembro de 2015 e dos Editais IPM 2018, disponibiliza aos credenciados Pessoa Física e Jurídica, Auditores em Saúde e colaboradores, um manual contendo as **NORMAS DE AUDITORIA E DIRETRIZES DE ATENDIMENTO IPM SAÚDE**.

Este manual tem como objetivos apresentar aos prestadores credenciados ao IPM as normas e diretrizes relativas às ações e serviços de saúde cobertos pelo Programa que estão referenciados nos Editais de Credenciamento, bem como, fundamentar o trabalho da Auditoria em suas atividades práticas diárias. Desse modo, almeja-se proporcionar atenção à saúde de qualidade ao beneficiário pautada na Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação.

O processo de trabalho em Auditoria estabelece elementos para o IPM Saúde que contribuem para um melhor desempenho operacional no final da cadeia produtiva, e geram indicadores para o monitoramento, a avaliação e planejamento das ações.

Vale ressaltar que auditar não é fiscalizar. O processo de auditagem dos serviços de saúde compreendem as etapas de Regulação, Controle e Avaliação dos procedimentos que são solicitados por meio dos prestadores credenciados ou na Linha de Frente do IPM Saúde, bem como, subsidiam os processos relacionados ao atendimento dos usuários nos consultórios, clínicas, hospitais e laboratórios.

Nesse ínterim, a gestão IPM defere que esse Manual se constitui como instrumento norteador do processo de Auditoria do IPM Saúde, o qual contempla orientações desde a análise da solicitação apresentada pelo (a) beneficiário (a) até a avaliação das contas médicas visando à efetivação do pagamento dos serviços prestados pelos prestadores credenciados. Almeja-se, portanto, que o Manual se constitua em um referencial de trabalho que propicie objetividade, resolubilidade, harmonia, transparência e efetividade no campo desafiador que é a Auditoria em Saúde.

O IPM SAÚDE

Com aproximadamente 75.200 beneficiários, o IPM Saúde é um Programa Assistencial de saúde, que visa assistir o servidor municipal de Fortaleza e seus dependentes.

Criado com a Lei Nº 8.409 de 24 de dezembro de 1999, o Programa de Assistência a Saúde dos Servidores do Município de Fortaleza, beneficia os segurados inscritos no

Regime de Previdência dos Servidores do Município de Fortaleza (PREVIFOR).

A assistência à saúde é custeada mediante recursos de contribuições dos órgãos e entidades municipais e dos servidores ativos, inativos e pensionistas, de acordo com a alíquota estipulada por lei.

O IPM Saúde não poderá ressarcir e nem se responsabilizar por despesas relacionadas com a assistência à saúde que não estejam previstas nos editais de credenciamento ou efetuadas com profissionais ou estabelecimentos não credenciados ao IPM (Art. 1º, alínea II, Decreto 11.700 de 16 de agosto de 2014).

O IPM Saúde tem cobertura exclusiva no Município de Fortaleza e nenhum benefício ou serviço poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total, em acordo com o Art. 2º, Parágrafo Único, Decreto 11.700 de 16 de agosto de 2014.

A fundamentação teórica para a elaboração destas Normas compreende as fontes a seguir:

1. Lei nº 8409 de dezembro de 1999 da Câmara Municipal de Fortaleza (Da finalidade, dos segurados e dependentes e fontes da receita do IPM);
2. Decreto nº 11.700 de 16 de agosto de 2004 (Aprova o Regulamento do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Município de Fortaleza - IPM Saúde, e dá outras providências);
3. Resolução CFM 1614/01 (Disciplina a função de Auditoria Médica)
4. Portaria Nº 2048 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde (Central de Leitos e transferência inter-hospitalar).
5. Portaria Nº 1101 de 12 de junho de 2002 1ª Parte (Parâmetros de cobertura assistencial no SUS).
6. Resolução Nº 114.073/06 CREMESP (Limite de interferência de uma Auditoria Médica).
7. Resolução CFM Nº 1956/2010 (Disciplina a prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses e determina arbitragem de especialista quando houver conflito).
8. Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) – 2007.
9. RN 211 de 11 de janeiro de 2010 – ANS (Subseção I – Exclusões assistenciais).
10. Resolução Nº 1942/2010 do Conselho Federal de Medicina.

AS NORMAS DE AUDITORIA E DIRETRIZES DE ATENDIMENTO DO IPM PODERÃO SOFRER ALTERAÇÕES POR SE TRATAR DE UM PROCESSO DINÂMICO, MAS SEMPRE COM COMUNICAÇÃO PREVIA AOS PRESTADORES.

SUMÁRIO

1. CONSULTAS.....	11
1.1 Médica.....	11
1.1.1 Oftalmológica.....	11
1.1.2 Oncológica (Hospital).....	11
1.1.3 Neurológica.....	11
1.2 Odontológica.....	11
1.3 Nutricionista.....	12
1.4 Visita Hospitalar.....	12
1.5 Recém-Nascido.....	13
2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	13
2.1 Critérios para Admissão e Alta em UTI.....	14
2.1.1 Critérios para Admissão em UTI.....	14
2.1.2 Critérios para Alta em UTI.....	15
3. HEMODIÁLISE.....	16
3.1 Exames de seguimento obrigatório no paciente em hemodiálise.....	16
4. NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL.....	17
4.1 Nutrição Parenteral.....	17
4.2 Nutrição Enteral.....	18
5. EXAMES DE IMAGEM.....	19
5.1 Instruções Gerais.....	19
5.2 Tomografia Computadorizada (TC).....	21
5.2.1 TC com Contraste Não Iônico.....	22
5.2.2 TC Urgência/Emergência.....	23
5.2.3 TC Paciente Internado.....	23
5.2.4 Principais Indicações para uso de Contraste em TC.....	23
5.2.5 Relação Tipo de Tomografia X Tipo de Contraste X Quantidade de Contraste.....	24
5.3 Ressonância Magnética (RM).....	25
5.3.1 Critérios de Indicação de RM.....	26
5.3.2 Contraindicações de RM.....	27
5.3.3 Angiorressonância.....	27
5.3.4 Principais Indicações para uso de Contrataste em RM.....	27
5.4 Ultrassonografia (USG).....	28

5.4.1 Critérios de Indicação de USG.....	29
5.5 Outros Exames de Imagem.....	30
5.5.1 Mamografia.....	30
5.5.2 Densitometria Óssea.....	31
5.5.3 Mamotomia.....	31
5.5.4 Embolização de Tumores.....	32
5.6 Medicina Nuclear.....	32
5.6.1 Cintilografias do Miocárdio Perfução – Repouso ou Estresse.....	33
5.6.2 PET CT.....	33
5.7 Relação de Outros Procedimentos Radiológicos X Tipo de Contraste X Quantidade de Contraste.....	33
6. ODONTOLOGIA.....	34
6.1 Urgência.....	34
6.2 Radiologia.....	35
6.3 Prevenção.....	36
6.4 Odontopediatria.....	36
6.5 Dentística.....	37
6.6 Periodontia.....	38
6.7 Cirurgia.....	39
6.8 Endodontia.....	39
7. DIAGNOSES.....	41
7.1 Diagnose em Alergologia.....	41
7.2 Diagnose em Cardiologia.....	42
7.2.1 Eletrocardiograma.....	42
7.2.2 Teste Ergométrico.....	42
7.2.3 Holter.....	42
7.2.4 Ecocardiograma.....	43
7.2.5 Stent Farmacológico.....	44
7.2.6 Marca-passo.....	46
7.3 Diagnose em Neurologia.....	45
7.3.1 Eletroencefalograma em Vigília (EEG).....	45
7.3.2 Vídeo-eletroencefalografia Contínua.....	46
7.3.3 Potencial Evocado.....	48
7.3.4 Eletroneuromiografia (Por Segmento).....	49

7.3.5	Polissonografia.....	49
7.3.6	Mapeamento Cerebral com Eletroencefalograma.....	49
7.4	Diagnose em Oftalmologia.....	50
7.4.1	Curva Tensional.....	50
7.4.2	Campimetria.....	51
7.4.3	Motilidade Ocular.....	51
7.4.4	Eletro-retinografia.....	51
7.4.5	Eletro-oculografia.....	52
7.4.6	Estudo do Potencial Evocado.....	52
7.4.7	Mapeamento de Retina.....	52
7.4.8	Oftalmodinamometria.....	52
7.4.9	Retinografia (Simples/ Digital/ Colorido).....	53
7.4.10	Retinografia Fluorescente (Angiofluoresceinografia).....	53
7.4.11	Tonometria.....	53
7.4.12	Visão Subnormal.....	53
7.4.13	Biometria Ultrassônica (Ecobiometria).....	54
7.4.14	Paquimetria.....	54
7.4.15	Microscopia Especular da Córnea.....	54
7.4.16	Ultrassonografia Diagnóstica.....	54
7.4.17	Gonioscopia.....	55
7.4.18	Acuidade Visual.....	56
7.4.19	Ceratoscopia Computadorizada.....	56
7.4.20	Tomografia de Coerência Óptica.....	56
7.5	Diagnose em Pneumologia.....	57
7.5.1	Espirometria.....	57
7.6	Diagnose em Gastroenterologia.....	57
7.6.1	Endoscopia.....	57
7.6.2	Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica – CPRE.....	58
7.6.3	Colonoscopia.....	58
7.6.4	Papilotomia Endoscópica.....	58
7.6.5	Polipectomia.....	58
7.6.6	Biopsias ou Citologia (Endoscopia Alta ou Baixa).....	59
7.6.7	Endoscopia Per-Oral.....	59
7.6.8	Laringoscopia Direta (Videolaringofibrosocopia e Videolaringoscopia).....	59

8. HEMOTERAPIA.....	59
8.1 Uso de Filtros de Leucocitários.....	60
8.2 Autotransusão.....	60
8.3 Exames Pré-transfusoriais.....	60
9. MEDICINA LABORATORIAL.....	60
9.1 Solicitação de Exame Laboratorial em Regime Eletivo.....	60
9.2 Solicitação de Exame Laboratorial na Urgência/Emergência.....	61
9.3 Culturas.....	61
9.3.1 Urina e Hemocultura.....	61
9.3.2 Outros Materiais Biológicos.....	61
9.4 Hemograma.....	61
9.5 Avidéz de IgG para Toxoplasmose.....	61
9.6 Dímero-D.....	61
9.7 Eletroferese de Proteínas de Alta Resolução.....	61
9.8 Imunofixação.....	61
9.9 Proteinúria de 24 Horas.....	61
9.10 IgE Rast.....	62
9.11 Genética.....	62
10. TERAPIAS.....	62
10.1 Acupuntura.....	62
10.2 Fisioterapia.....	64
10.2.1 Fisioterapia Ambulatorial.....	64
10.2.2 Fisioterapia Hospitalar.....	66
10.3 Fonoaudiologia.....	68
10.3.1 Sessão de Terapia Fonoaudiológica Individual 1.....	68
10.3.2 Sessão de Terapia Fonoaudiológica Individual 2.....	69
10.4 Psicologia.....	70
10.4.1 Sessão de Psicoterapia Individual 1.....	70
10.4.2 Sessão de Psicoterapia Individual 2.....	70
10.4.3 Sessão de Psicoterapia Individual 3.....	72
10.5 Terapia Ocupacional.....	73
10.5.1 Sessão de Terapia Ocupacional	73
11. ANTIANGIOGÊNICOS.....	73
11.1 Critérios de elegibilidade.....	73

11.1.1 Critérios de elegibilidade por tipo de Antiangiogênico.....	74
11.2 Critérios de Inelegibilidade.....	74
11.3 Duração e acompanhamento dos tratamentos.....	74
11.4 Formas de pagamento.....	74
12. ONCOLOGIA.....	75
12.1 Lista de Medicamentos Oncológicos Cobertos pelo IPM Saúde, conforme Patologias e Regimes.....	76
12.2 Uso do Gama Probe.....	83
13. CIRURGIAS.....	84
13.1 Procedimentos que geram perícia.....	84
13.1.1 Face.....	84
13.1.2 Oftalmologia.....	84
13.1.3 Abdome, Parede e Cavidade.....	84
13.1.4 Esôfago.....	84
13.1.5 Estômago.....	84
13.1.6 Nervos Periféricos.....	84
13.1.7 Cirurgia Venosa.....	85
13.1.8 Pé.....	85
13.1.9 Cirurgias Plásticas.....	85
13.1.10 Pele e Anexos.....	85
13.2 Clínica Cirúrgica.....	88
13.3 Cirurgia Bariátrica.....	88
13.4 Cirurgia Oftalmológica.....	89
13.5 Cirurgia Plástica.....	89
13.6 Cirurgia Traumatológica.....	91
13.7 Cirurgia Urológica.....	91
13.8 Cirurgia Vascular.....	92
13.9 Casos Cirúrgicos Não Complicados.....	93
14. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL – PROGRAMA IPM LAR.....	94
14.1 Objetivo.....	94
14.2 Critérios de inclusão ao serviço.....	94
14.3 Documentos necessários para a inclusão no Programa IPM Lar.....	95
14.4 Inelegibilidade.....	95

14.5	Serviços de atenção domiciliar multiprofissional.....	96
14.6	Execução das ações e procedimentos.....	97
14.7	Alta.....	97
14.8	Fornecimento de Dieta Enteral.....	98
14.9	Fornecimento de Oxigenoterapia.....	99
14.10	Desligamento do beneficiário do Programa IPM Lar.....	99
15.	URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	100
15.1	Alta.....	100
15.2	Internações.....	100
15.2.1	Casos Clínicos.....	101
15.2.2	Autorização Prévia de Procedimentos.....	102
15.2.3	Regras para Cobrança de Medicação Prescrita e não Administrada.....	103
15.2.4	Regras para cobrança de taxa de Observação.....	104
16.	OPMES, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, GASES MEDICINAIS, TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS E TAXAS DE SALA.....	105
16.1	OPME.....	105
16.1.1	Grampeadores.....	105
16.2	Materiais Descartáveis.....	106
16.2.1	Índice Bispectral (Sensor Bis).....	106
16.2.2	Acesso Venoso Profundo (Cateter Venoso Central).....	107
16.2.3	Acesso Venoso Periférico (Scalp, Jelco).....	107
16.2.4	Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).....	108
16.2.5	Extensor/Perfusor.....	108
16.2.6	Torneirinhas ou Tree-Way.....	108
16.2.7	Polifix.....	109
16.2.8	Equipo Simples.....	109
16.2.9	Seringas.....	109
16.2.10	Equipo de Bomba de Infusão.....	110
16.2.11	Equipo Fotossensível Simples (Macrogotas).....	110
16.2.12	Equipo Fotossensível para Bomba de Infusão.....	110
16.2.13	Cânulas/Sondas/Tubos.....	111
16.2.14	Trach Care.....	111
16.2.15	Luvas Estéreis.....	112

16.2.16 Trocater.....	112
16.2.17 Liga-Clips.....	112
16.2.18 Hemo Clips.....	113
16.2.19 Catéter de Oxigênio.....	113
16.2.20 Transofix.....	113
16.2.21 Bolsa de Colostomia/Ostomias.....	113
16.2.22 Curativos Comuns/Biológicos.....	114
16.3 Utilização de Materiais no Centro Cirúrgico.....	114
16.4 Taxa de Uso de Equipamentos.....	114
16.4.1 Bipap / Trilogy.....	114
16.4.2 Kit Transdutor de Pressão.....	115
16.4.3 Intensificador de Imagem.....	115
16.4.4 Vídeo Diagnóstico e Vídeo Cirúrgico.....	115
16.5 Gases.....	115
16.5.1 Nebulizações com Broncodilatador.....	116
17. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES.....	116
17.1 Diárias.....	117
17.1.1 Diária em Enfermaria.....	117
17.1.2 Hospital-Dia.....	118
17.1.3 Berçário de Médio Risco.....	120
17.1.4 Isolamento em Acomodação Individual.....	121
17.1.5 Diária de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrica.....	122
17.1.6 Diária de Isolamento em UTI.....	124
17.1.7 Diárias de UTI Neonatal.....	126
17.2 Taxas Hospitalares.....	129
17.2.1 Taxa de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).....	129
17.2.2 Taxa de Sala de Observação em Pronto Atendimento.....	132
17.2.3 Taxa de Alimentação para Acompanhante em Enfermaria.....	134
17.2.4 Taxa de Sala de Gesso.....	135
17.2.5 Taxa de Sala de Cirurgia Ambulatorial.....	136
17.2.6 Taxa de Sala de Centro Cirúrgico.....	139
17.2.7 Taxa de Sala Hemodinâmica.....	141
17.2.8 Taxa de Sala de Endoscopia/Colonoscopia.....	143

1. CONSULTAS

1.1 Médica

A Consulta Médica Eletiva (10101012) compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período de tempo).

Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta se ocorrer dentro do prazo de 30 (trinta) dias.

1.1.1 Oftalmológica

A consulta de Oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

1.1.2 Oncológica Clínica/Cirúrgica e Radioterapia(Hospital/Clínica)

A autorização da primeira consulta eletiva para o(s) hospital(is) especializado(s) em oncologia será efetuada no setor de atendimento do IPM após a avaliação da Auditoria, mediante a apresentação do laudo recente da biópsia positiva para câncer e/ou exames de imagem específicos.

1.1.3 Neurológica

A autorização da primeira consulta eletiva para Neurologista será efetuada no setor de atendimento do IPM após a avaliação da Auditoria, mediante a apresentação de encaminhamento devidamente justificado, datado, com assinatura e carimbo do(a) médico(a) solicitante.

1.2 Odontológica

A Consulta Odontológica Eletiva (81000065) compreende exame clínico de diagnóstico e elaboração de plano de tratamento, com validade de 6 meses para o mesmo prestador. Esta poderá ser solicitada por prestadores diferentes em atendimento para o mesmo usuário, seguindo a regra de validade do mesmo. Não deverá ser solicitada junto com qualquer outro procedimento de urgência.

A Consulta Odontológica de Urgência (81000049) compreende o atendimento emergencial para remoção da dor independente da quantidade de dentes envolvidos. Obrigatório informar no ato da solicitação o diagnóstico e o procedimento a ser realizado. Este código deverá ser utilizado para todos os casos de urgência que não possuem código específico descrito na TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DO IPM.

1.3 Nutricionista

Para autorização de consulta com Nutricionista (10101560), é necessário a apresentação de encaminhamento médico (Clínica Médica, Endocrinologista ou Cirurgião(ã) Bariátrico), devidamente justificado, datado, com assinatura e carimbo do(a) médico(a) solicitante, válido por 180 dias, sendo permitida a realização de uma consulta a cada 90 dias.

1.4 Visita Hospitalar

Paga-se 01 (uma) Visita Hospitalar (10102019) por dia de internação. Somente serão pagas as visitas regularmente registradas e identificadas (obrigatoriamente por assinatura, carimbo do médico e CRM) na evolução e prescrição médica.

Será motivo de glosa a cobrança simultânea (mesma data) de consulta médica e visita hospitalar. Constitui motivo de glosa a cobrança de Visitas Hospitalares por parte do cirurgião (incluídas na remuneração dos honorários médicos). Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados pós-operatórios relacionados com o tempo de

permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico.

Cobrança de visitas hospitalares por mais de um médico exige relatório circunstanciado (detalhado) sobre a necessidade de acompanhamento diário pelo(s) especialista(s), além do médico assistente, podendo ou não ser acatado pela Auditoria Médica do IPM. As visitas não autorizadas para especialistas, não serão remuneradas. Será remunerado parecer de especialista (00010081) quando solicitado pelo médico assistente.

Serão acatados somente um parecer a cada 03 (três) dias, com, no máximo 3 pareceristas por paciente e 3 pareceres por parecerista. Igual critério deverá ser seguido quando a patologia for cirúrgica ou paciente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nos tratamentos de hemodiálise (paciente agudo/crônico não internado), segundo a Comissão Nacional de Honorários Médicos (CNHM), os honorários médicos já estão incluídos nas sessões de hemodiálise, não devendo haver pagamento de visita hospitalar nesses casos.

1.5 Recém-Nascido

O pagamento da assistência ao recém-nascido (RN) em sala de parto fica estendido até 03 diárias de internamento, se assim necessitar. O adicional de 30% se restringe à assistência nos horários especiais.

O Atendimento ao Recém-Nascido em Berçário (10103015) e o Atendimento ao Recém-Nascido em Sala de Parto (10103023) deverão ser pagos por cada recém-nascido, em caso de parto múltiplo.

Se a alta da parturiente anteceder a do RN e a mesma optar pela permanência hospitalar, o(a) servidor(a) titular deve arcar com essas despesas.

Os Testes do Pezinho compreendem as seguintes composições:

40312160 – Teste Pezinho Básico: Cromatografia de Aminoácidos, TSH, Fenilcetonúria e

outras Aminoacidopatias e Hipotireoidismo Congênito;

40312178 –Teste Pezinho Ampliado: Cromatografia de Aminoácidos, TSH, Fenilcetonúria e outras Aminoacidopatias, Hipotireoidismo Congênito, T4, 17 OH – Progesterona, IRT, Hiperplasia Adrenal Congênita e Fibrose Cística.

A Auditoria do IPM deve analisar o Prontuário Médico, caracterizando o atendimento ao RN na sala de parto e o acompanhamento no berçário.

2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Conforme parecer da Associação Médica Brasileira (AMB), UTI é uma acomodação coletiva especializada no atendimento de pacientes graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, com assistência médica permanente. Os honorários médicos serão pagos de acordo com os valores da tabela de honorários vigentes para internação em enfermaria.

Os plantões em UTI serão pagos por doze horas ininterruptas, por paciente internado, mesmo que ocorra mudança de plantonista.

Nos portes do plantonista estão incluídos: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa.

Nos portes indicados para o plantonista de UTI **não** estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marca-passo e traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados a parte, respeitados os portes para eles previstos na **TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO IPM**.

Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em Prontuário.

Não terá acréscimo de 30% dos horários especiais para os portes do plantonista.

2.1 Critérios para Admissão e Alta em UTI

Uma UTI presta serviços que incluem tanto serviços de monitoramento, quanto o tratamento intensivo. Em períodos de escassez de leitos, os pacientes que necessitem de tratamento intensivo (prioridade I) tem prioridade sobre aqueles de monitoramento (prioridade II). O critério de admissão e alta em UTI também está baseado na reversibilidade do problema clínico, bem como nos benefícios que os cuidados intensivos possam trazer para o paciente e na perspectiva de recuperação do mesmo.

É de responsabilidade do médico do paciente requerer a admissão em UTI e do médico plantonista requerer prontamente a transferência quando o paciente atingir critérios de alta.

É de responsabilidade do chefe da UTI decidir se o paciente preenche os critérios para admissão e prioridades para internação quando necessário. Cada UTI deve ter especificado o procedimento a ser adotado para estabelecer tal política de responsabilidades. Também deve existir um mecanismo para revisão retrospectiva dos casos em que houver divergência de opinião entre o médico assistente e o chefe da UTI. Sempre que possível, dados objetivos sobre a doença e o prognóstico, devem ser considerados para a tomada de decisão quanto a continuidade, limitação ou suspensão de cuidados intensivos.

2.1.1 Critérios para Admissão em UTI

- I. **Prioridade I:** Pacientes agudos, instáveis que necessitam de cuidados intensivos tais como assistência ventilatória, infusão de drogas vasoativas, etc. Apenas como exemplo podemos citar: pós-operatório de cirurgias cardíacas, pós-operatório de endarterectomias carótídeas, pacientes em uso de infusão de dopamina, choque séptico. Os pacientes de prioridade I não tem limite estabelecido para a terapia;
- II. **Prioridade II:** Pacientes que na admissão não são agudos, mas cujas condições requerem serviços tecnológicos para monitoramento na UTI. Tais pacientes se beneficiam do monitoramento intensivo e estão em risco de necessitarem

imediatamente de tratamentos intensivos;

- III. Prioridade III:** Pacientes agudos, instáveis, cujas condições prévias de saúde, doença de base ou gravidade, sejam isoladas ou conjuntamente, comprometam severamente o prognóstico de cura ou melhora. São exemplos, casos de câncer metastático complicado com infecção, tamponamento pericárdico ou obstrução de vias aéreas ou ainda pacientes com doença cardíaca ou pulmonar terminal complicada por agudização. Os pacientes com prioridade III recebem cuidados terapêuticos para alívio de complicações agudas, contudo, os cuidados devem excluir medidas com intubação e ressuscitação cardiopulmonar;
- IV. Pacientes que não preenchem critérios de admissão:** Pacientes com confirmação clínica ou laboratorial de morte encefálica (tais pacientes podem ser admitidos apenas para manutenção de função respiratória e cardiovascular até a retirada de órgãos, quando forem doadores); pacientes conscientes que recusem a terapia de suporte; pacientes em coma de origem traumática, em estado vegetativo permanente. Tais pacientes só podem ser admitidos na UTI em circunstâncias excepcionais, a critério do chefe da UTI, e devem dar lugar aos de prioridades I, II ou III, se necessário.

2.1.2 Critérios para Alta em UTI

- I. Pacientes de prioridade I:** Alta quando não tem mais necessidade de tratamento intensivo ou quando o tratamento não teve sucesso e o prognóstico é extremamente desfavorável, sem possibilidade de melhora;
- II. Pacientes com prioridade II:** Alta quando a monitorização não apontou a necessidade de cuidados intensivos e não existe a necessidade de monitorização;
- III. Pacientes com prioridade III:** Alta quando não tiver mais necessidade de tratamento intensivo, podendo ter alta antes, se o prognóstico for fechado;
- IV.** Tendo em vista a continuidade do tratamento desses pacientes, inclusive com cuidados especializados, deve-se providenciar atenção adequada, não intensiva, para os mesmos antes da alta da UTI;
- V.** Pacientes que possivelmente não se beneficiam de cuidados intensivos incluem:

- a) Idosos com falência de três ou mais sistemas que não apresentaram resposta após 72 (setenta e duas) horas de UTI;
- b) Em morte encefálica ou coma de origem não traumática, que estejam em estado vegetativo permanente e com possibilidade muito pequena de melhora significativa;
- c) Pacientes que estão com cuidados limitados exclusivamente para conforto;
- d) Com insuficiência respiratória prolongada, que não respondem aos cuidados iniciais e com tumores hematológicos;
- e) Com vários outros diagnósticos (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC avançada, cardiopatia terminal, carcinoma disseminado, etc.), que não apresentam resposta aos cuidados intensivos, com prognóstico mau para os quais não haja terapia possível de alterá-los;
- f) Fisiologicamente estáveis, com pequeno risco de necessitarem de cuidados intensivos, como por exemplo: pós-operatório estável de endarterectomia carotídea ou enxerto aorto-femural, overdoses de drogas, convulsões e Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC moderada.

3. HEMODIÁLISE

Nos tratamentos de hemodiálise (paciente agudo/crônico não internado), os honorários médicos já estão incluídos nas sessões de hemodiálise, não devendo haver pagamento de visita hospitalar nesses casos e nem procedimento em dobro.

Na Hemodiálise crônica pode-se utilizar 01 (um) filtro *hemoflow* para cada 03 (três) sessões de hemodiálises.

3.1 Exames de seguimento obrigatório no paciente em hemodiálise (RDC – ANVISA 154, de 16 de junho de 2004):

- I. **Exames mensais:** Hemograma, Glicemia para diabéticos, Ureia, Creatinina, Sódio, Potássio, Cálcio, Fósforo, TGO, TGP, HbsAg, Reserva alcalina ou Gasometria arterial;

- II. **Exames trimestrais:** Glicemia, Anti-HBs, Proteínas totais e frações, Fosfatase alcalina, Ferro sérico, Transferrina ou Capacidade de fixação do ferro;
- III. **Exames semestrais:** Ácido úrico, HIV, Raio X de mãos, crânio, Tórax PA e Perfil esquerdo, ECG e Lipidograma.

Os pacientes com HIV (Elisa) positivo deverão ser encaminhados aos Centros de Referência de HIV/AIDS no Estado.

Todos os exames deverão ficar arquivados nas Unidades de Diálise, sendo que o resultado da creatinina plasmática deverá ser anotado na Folha de Estatística Mensal de Diálise.

4. NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

A remuneração prevista para as avaliações clínicas diárias enteral e parenteral já contempla a visita hospitalar.

4.1 Nutrição Parenteral

O Suporte Nutricional está indicado toda vez que a manutenção ou correção do estado nutricional do paciente, sob tratamento clínico ou cirúrgico, se fizer necessária.

Os pacientes com indicação para Suporte Nutricional deverão ser criteriosamente selecionados quanto a melhor forma de nutrição.

A Nutrição Enteral deverá ter sempre prioridade em relação a Nutrição Parenteral.

Só será admitida a realização de Suporte Nutricional nos pacientes que estejam exclusivamente sob regime de internação.

A indicação e a manutenção do paciente em Suporte Nutricional deverão ser previamente autorizadas pelo IPM por meio da Auditoria em Saúde da Cogestora - IPM e conforme cobertura contratual. O Diretor Clínico ficará responsável técnica e administrativamente pelo

procedimento autorizado.

A Nutrição Parenteral poderá ser utilizada em consequência de:

- I. Obstrução Gastrointestinal;
- II. Íleo Paralítico ou Dinâmico:
 - a) Prolongado por mais de 05 (cinco) dias em adultos, ou mais de 48 (quarenta e oito) horas em crianças e RN.
- III. Fistulas Digestivas Altas, de Alto Débito:
 - a) Perfurações de esôfago complicadas;
 - b) Fistulas pancreáticas;
 - c) Fistulas entero cutâneas localizadas abaixo do Angulo de Treitz;
 - d) Fistula duodenal pós-gastrectomia
- IV. Síndromes de Má-absorção:
 - a) Vômitos incoercíveis e crônicos;
 - b) Diarreia aguda prolongada ou protraída, que não responde a Nutrição Enteral;
 - c) Hipermotilidade por hipertireoidismo ou enterotoxinas;
 - d) Fibrose cística com alteração de secreção pancreática;
 - e) Reabsorção inadequada de sais biliares (Síndrome de Alça Cega);
 - f) Atresia parcial ou total das vias biliares;
 - g) Doença Celíaca de Crianças;
 - h) Enteropatia pelo Glúten ou “sprue” nãotropical;
 - i) “Sprue” tropical;
 - j) Fase aguda da Doença de Crohn;
 - k) Retocolite ulcerativa;
 - l) Doença de “Whipple”;
 - m) Amiloidose;
 - n) Insuficiência Cardíaca Congestiva;
 - o) Linfangiectasia intestinal;
 - p) Obstrução de linfáticos no trato gastrointestinal;
 - q) Enteropatia perdedora de proteínas;
 - r) Síndrome da Alça Curta;
 - s) Pancreatite aguda grave;
 - t) Prevenção de enterocolite (asfixia dorecém-nascido).

V. Estados hipermetabólicos:

- a) Septicemia;
- b) Infecção intra-abdominal;
- c) Politraumatizado;
- d) Grande queimado (íleo paralisado, queimadura de vias aéreas);
- e) Pós-operatório de cirurgias de grande porte;
- f) Insuficiência respiratória;
- g) Insuficiência renal aguda ou crônica;
- h) Insuficiência hepática.

VI. Recém-nascido pré-termo ou baixo peso:

- a) Em que a alimentação enteral não atenda às necessidades nutricionais de forma adequada.

4.2 Nutrição Enteral

Consiste na administração de nutrientes na forma de dietas, com fórmulas quimicamente definidas, ou seja, dietas monoméricas, oligoméricas ou poliméricas, através do tubo digestivo, com utilização ou não de sondas gástricas ou jejunais, seguida de acompanhamento clínico e laboratorial, visando a síntese de tecidos ou a manutenção, em pacientes desnutridos ou não.

Deverá ser utilizada quando estiverem mantidas as capacidades absorptivas e motoras do trato gastrointestinal.

Não será considerada Nutrição Enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.

Condições nosológicas passíveis de se utilizar Nutrição Enteral:

I. Neurológicas:

- a) Acidentes vasculares encefálicos;
- b) Traumatismos crânio-encefálicos;
- c) Síndrome de Guillain-Barre;

d) Miastenia Gravis;

e) Tétano;

f) Coma.

II. Gastrointestinais:

a) Fístulas altas do tubo digestivo (boca, faringe, laringe, esôfago, estômago e duodeno);

b) Obstruções mecânicas (cabeça, pescoço e esôfago);

c) Insuficiência hepática;

d) Diarreia aguda prolongada;

e) Diarreia protraída.

III. Pacientes cirúrgicos:

a) Preparação pré-operatória de desnutridos;

b) Preparação pré-operatória do colo;

c) Recuperação pós-operatória.

IV. Pacientes em Terapia Intensiva:

a) Hipermetabolismo (Septicemia, politraumatizado, grandequeimado);

b) Insuficiência respiratória aguda;

c) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

d) Insuficiência Renal Aguda ou Crônica.

V. Pacientes Geriátricos:

a) Suplementação nutricional (dificuldade de deglutição).

5. EXAMES DE IMAGEM

5.1 Instruções Gerais

Para autorização de exames de imagens eletivos e de urgência/emergência, é imprescindível a apresentação da solicitação médica com a identificação do beneficiário, devidamente codificada, justificada, datada, com assinatura e carimbo do(a) médico(a) solicitante.

Nos casos de **solicitação médica da REDE SUS Fortaleza**, é necessário que o(a) beneficiário(a) se dirija ao Núcleo de Atendimento do IPM Saúde na sede do IPM, para avaliação do requerimento.

A solicitação médica tem validade de até 60 (sessenta) dias, para autorização, a contar da data da sua emissão, isto é, o exame poderá ser autorizado em qualquer dia dentro desse prazo. Não haverá revalidação da solicitação médica após esse período.

A Guia de autorização SADT (SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO) tem validade de até 60 (sessenta) dias, para execução. Não haverá revalidação da guia de autorização após esse período.

A senha/biometria deve ser executada somente no dia da realização do exame.

Não acatar solicitações médicas nas seguintes situações:

- I. Solicitação de exames sem identificação do beneficiário;
- II. Solicitação de exames sem identificação do prestador (sem papel timbrado e sem identificação do solicitante);
- III. Solicitação sem a codificação do exame, sem a identificação do médico solicitante, sem carimbo e sem assinatura;
- IV. Após 60 (sessenta) dias da data de emissão;
- V. Solicitação da Rede SUS de Fortaleza e da região metropolitana, sem validação da Auditoria do IPM;
- VI. Solicitação da Rede SUS dos municípios do interior do estado do Ceará ou de outros Programas e Planos de Saúde;
- VII. Solicitação de exames fora do Rol do IPM Saúde;
- VIII. Solicitações de Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM) sem apresentação de exames de base (RX, US, outros).

Serão autorizados os exames de imagem (radiodiagnóstico, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, Pet Scan), por beneficiário(a), respeitando as periodicidades e regras estabelecidas em Portaria.

Para o(a) beneficiário(a) que se encontrar em uma das condições a seguir, as solicitações de exame Extra-Período serão avaliadas pela Auditoria em Saúde, na sede do IPM:

- I. Beneficiário(a) em tratamento oncológico;
- II. Beneficiário(a) em tratamento de hemodiálise;
- III. Gestante;
- IV. Pré-operatório.

À título de cobrança e pagamento, faz-se imprescindível a apresentação dos laudos físicos dos exames para a Auditoria em Saúde do IPM (*in loco*) e, na ausência destes, o Prestador deve disponibilizar para o Auditor do IPM, ambiência propícia a visualização virtual dos laudos emitidos.

É indispensável a apresentação da Ficha de Anestesia ao Auditor do IPM. Esta deverá ser anexada ao processo de cobrança do Prestador, caso contrário, implicará na glosa do honorário médico do Anestesiologista e dos insumos utilizados no procedimento.

Não existe Taxa de Sala para exames radiológicos tais como Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, com exceção dos procedimentos de Radiologia Intervencionista. Neste caso, paga-se a Taxa de Sala Ambulatorial.

Os Honorários Médicos dos exames radiológicos serão pagos somente a Médicos Radiologistas.

Não deverão ser pagos exames radiológicos quando:

- I. Não for apresentado o número correto de incidências previstas na tabela e de acordo com a requisição médica;
- II. Não apresentar laudo completo.

Se forem realizados 02 (dois) exames radiológicos, o laudo deverá descrever os dois procedimentos. Caso contrário, será pago apenas o exame com laudo, mesmo que previamente autorizado o outro.

Nas radiografias simples de esqueleto, deve ser caracterizado se está presente a osteopenia ou a osteoporose a fim de orientar o protocolo de Densitometria Óssea.

NÃO DEVERÁ SER PAGA A REPETIÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO, QUANDO HOVER DEFICIÊNCIA TÉCNICA DO PRESTADOR.

5.2 Tomografia computadorizada (TC)

As autorizações de TC serão efetuadas no Setor de Atendimento do IPM conforme diretrizes estabelecidas nas instruções gerais.

Será aplicado deflator de custo operacional quando realizadas duas ou mais TC em concomitância. Paga-se 100% para a primeira, 70% para a segunda e 50% a partir da terceira.

Se gerados exames em concomitância, o pagamento do contraste será 100% para o primeiro e 50% nos demais exames.

Quando no ato da realização da TC houver a necessidade do uso de CONTRASTE (iônico ou não iônico), o mesmo deverá ser solicitado e devidamente justificado pelo Radiologista que irá realizar o procedimento e laudar o exame.

Se houver ocorrência de quadro alérgico em qualquer exame com uso de contraste, a **MEDICAÇÃO ANTIALÉRGICA** deverá ser paga.

Medicações Utilizadas nas TCs:

- I. Anestésicos: Midazolam e/ou Citrato de Fentanila;
- II. Antieméticos: Alizaprida, Cloridrato de Metoclopramida ou Bromoprida.

Quando houver a necessidade do uso de **SEDAÇÃO**, o mesmo deverá ser solicitado e

devidamente justificado pelo MÉDICO ASSISTENTE ou RADIOLOGISTA que irá realizar o procedimento e laudar o exame.

À título de cobrança e pagamento, quando houver a necessidade do concurso de MÉDICO ANESTESIOLOGISTA no ato da realização da TC, será obrigatório a apresentação da FICHA DE ANESTESIA devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo Anestesiologista que acompanhou o procedimento.

5.2.1 TC com contraste não iônico

Para solicitar autorização, além dos documentos estabelecidos nas regras gerais, é necessário a apresentação do QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA, que justifique os riscos do uso do contraste iônico. Paciente deverá assinar o questionário de risco, bem como termo de uso do contraste.

O uso de contrastes não iônicos para TC será autorizado de acordo com as seguintes condições:

- I. Paciente menor de 12 anos de idade, e maior que 65 anos;
- II. Paciente asmático ou com história prévia de alergia a medicamentos e/ou a contrastes iônicos;
- III. Paciente com história de insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência hepática, oncológico, doenças reumáticas, colagenoses, doenças autoimune (Lúpus, Artrite Reumatoide);
- IV. Paciente em uso de medicações incompatíveis com contraste iônico.

5.2.2 TC Urgência/Emergência

Nas urgências/emergências hospitalares serão autorizadas **Tomografias Computadorizadas – TC** (Tórax, Abdomen e/ou Crânio) para os beneficiários(as) que não têm diagnóstico prévio e encontram-se descritos(as) nas seguintes condições clínicas:

- I. Com tosse persistente sem alteração de imagem no Raio X, falta de ar e febre;
- II. Com histórico de trauma com lesões ósseas a esclarecer;
- III. Com náuseas, vômitos, alterações musculares e/ou sensitivas, convulsões; vertigens, diplopia, nistagmo, cefaléia com mudança de perfil; hemiparesias ou
- IV. Em seguimento da terapêutica em beneficiário(a) internado(a) visando adequação de propedêutica;
- V. Dor abdominal sem alterações em exames de imagem mais simples.

Todas as solicitações de **TC** devem conter justificativa médica e/ou relatório médico.

5.2.3 TC Paciente Internado

A solicitação deverá ser devidamente justificada, assinada e carimbada pelo médico solicitante da unidade que o paciente está internado e identificado na Guia SADT o Tipo de Saída: Internação.

5.2.4 Principais Indicações para uso de Contraste em TC

- I. Sistema Nervoso Central (SNC):
 - a) Crise Convulsiva recente;
 - b) Crise Convulsiva localizada;
 - c) Processos inflamatórios do SNC;
 - d) Tumores;
 - e) Coleções subduraissubagudas;
 - f) Infartos isquêmicos agudos (dinâmicos);
 - g) Má formação vascular (aneurisma);
 - h) Hidrocefalia de causa desconhecida (inflamatória ou tumoral);
 - i) Diferenciação entre infarto etumor;
 - j) Sempre que houver lesão cerebral de natureza a esclarecer.
- II. Face:
 - a) Tumores;
 - b) Má formaçãovascular;
 - c) Estudo da veia orbitariasuperior.

Quando a hipótese diagnóstica for sinusopatia, a TC só será liberada caso o RX de seios de face não for esclarecedor.

III. Mastoides:

- a) Tumores glômicos jugulares e/ou timpânicos;
- b) Otomastoidite com invasão do SNC.

IV. Pescoço:

- a) Tumores;
- b) Má formação vascular;
- c) Estudo das carótidas e vertebrais.

V. Tórax:

- a) Tumores de pulmão e mediastino;
- b) Dissecção de aorta.

VI. Abdômen:

- a) Tumores;
- b) Aneurisma.

VII. Pelve:

- a) Tumores;
- b) Aneurismas.

Quando solicitado TC de abdome superior e pélvico conjuntamente, autorizar somente abdome total.

VIII. Coluna Vertebral:

- a) Tumores primários;
- b) Metástases;
- c) Recidiva de hérnia discal pós-operatória;
- d) Fibrose pós-operatória de hérnia discal;
- e) Espondilodiscite.

Para o diagnóstico de patologias discais, pagar somente para 03 (três) espaços intervertebrais.

5.2.5 Relação Tipo de Tomografia X Tipo de Contraste X Quantidade de Contraste

PROCEDIMENTO	TIPO	QUANTIDADE
--------------	------	------------

TOMOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	IODADOS	100/150 ML
TOMOGRAFIA ABDÔMEN SUPERIOR	BAR- IODADOS	900 ML
TOMOGRAFIA ARTICULAÇÕES	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA COLUNA (SEM MIELOGRAFIA)	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA SEGMENTO ADICIONAL	IODADOS	ATÉ 20 ML
TOMOMIELOGRAFIA	IODADOS	100 ML
TOMOMIELOGRAFIA E INTRATECAL	IODADOS	20 ML
TOMOGRAFIA CRÂNIO, SELA TÚRCICA, ORBITAL	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA DINÂMICA	IODADOS	100/150 ML
TOMOGRAFIA S F - T M	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA MASTOIDES – OUVIDOS	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA PELVE/BACIA	IODADOS	100/150 ML
TOMOGRAFIA PELVE/BACIA	BAR- IODADOS	900 ML
TOMOGRAFIA PESCOÇO	IODADOS	100ML
TOMOGRAFIA SEGMENTO APENDICULAR	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA TÓRAX (NÃO VASOS)	IODADOS	100 ML
TOMOGRAFIA TÓRAX (VASOS E MEDIASTINO)	IODADOS	150 ML
ANGIOTOMAGRAFIA	IODADOS	150 A 250 ML

5.3 Ressonância Magnética (RM)

As autorizações de RM serão efetuadas no Setor de Atendimento do IPM conforme diretrizes estabelecidas nas instruções gerais.

Será aplicado deflator de custo operacional quando realizadas duas ou mais RM em concomitância. Paga-se 100% para a primeira, 70% para a segunda e 50% a partir da terceira.

Quando no ato da realização da RM houver a necessidade do uso de contraste, o mesmo deverá ser solicitado e devidamente justificado pelo RADIOLOGISTA que irá realizar o procedimento e laudar o exame.

Se gerados exames em concomitância, o pagamento do contraste será 100% para o

primeiro e 50% nos demais exames.

Os limites de uso de contrastes são: 10ml para as Ressonâncias e 15ml para as Angioressonâncias.

Para solicitar autorização, além dos documentos estabelecidos nas regras gerais, é necessário a apresentação do QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA, que justifique os riscos do uso do contraste. Paciente deverá assinar o questionário de risco, bem como termo de uso do contraste.

Medicações Utilizadas nas RM:

- I. Anestésicos: Midazolam e/ou Citrato de Fentanila;
- II. Antieméticos: Alizaprida, Cloridrato de Metoclopramida ou Bromoprida.

Quando houver a necessidade do uso de SEDAÇÃO o mesmo deverá ser solicitado e devidamente justificado pelo MÉDICO ASSISTENTE ou RADIOLOGISTA que irá realizar o procedimento e laudar o exame.

À título de cobrança e pagamento, quando houver a necessidade do concurso de MÉDICO ANESTESIOLOGISTA no ato da realização da RM, será obrigatório a apresentação da FICHA DE ANESTESIA devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo anestesiolegista que acompanhou o procedimento.

Ressonância magnética não deve ser um exame de diagnóstico de primeira escolha do médico assistente, mas sim para COMPLEMENTAÇÃO ou ELUCIDAÇÃO diagnóstico-terapêutica.

5.3.1 Critérios de Indicação de RM

- I. Crânio:
 - a) Avaliação de fossa posterior ou tronco cerebral, mesmo quando há suspeita de hemorragia;

- b) Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) ou suspeita de múltiplos infartos comdemência;
- c) Suspeita de aneurisma e má formação vascular;
- d) Suspeita de trombose do seio sagital;
- e) Suspeita de tumores (meningeomas, neuroma acústico);
- f) Suspeita de metástase ou linfomas;
- g) Suspeita de tumores de hipófise;
- h) Lesões intraorbitais ou trato visual;
- i) Suspeita de infecções intracranianas não diagnosticadas por punção lombar;
- j) Suspeita de esclerose múltipla.

II. Coluna:

- a) Suspeita de metástase ou infecções;
- b) Tumores ósseos primários;
- c) Esclerose múltipla;
- d) Hérnia de disco com sintomas progressivos há mais de dois meses, sem resposta a tratamento.

III. Abdome:

- a) Suspeita de metástases hepáticas;
- b) Suspeita de feocromocitoma ou adenoma adrenal;
- c) Diferenciação entre tumores do fígado e hemangiomas;
- d) Para a avaliação e estadiamento de tumores pélvicos pode ser usado um dos dois métodos: TC ou RM, preferencialmente RM, nunca ambos.

IV. Tórax:

- a) Estudo das artérias pulmonares e de massas hilares;
- b) Anomalias do arco aórtico;
- c) Suspeita de tumores neurais do mediastino. Não deve ser realizada juntamente com TC.

5.3.2 Contraindicações de RM

I. Absolutas

- a) Clips de aneurisma cerebral;

- b) Marcapasso cardíaco;
- c) Prótese metálica auditiva interna;
- d) Corpo estranho metálico no globo ocular;
- e) Prótese metálica implantada com menos de 1 mês;
- f) Projétil metálico de arma de fogo próximo a estruturas vasculares importantes.

II. Relativas

- a) Próteses ortopédicas em geral, inclusive antigas;
- b) Próteses dentárias fixas;
- c) Projétil de arma de fogo;
- d) Pacientes com claustrofobia.

5.3.3 Angiorressonância

I. Critérios de Indicação:

- a) Substitui a angiografia convencional;
- b) É melhor do que a TC para vasos;
- c) Normalmente utiliza-se contraste apenas para vasos de grande calibre (aorta torácica e abdominal);
- d) Órgão em movimento não tem indicação. Normalmente é indicado para órgãos parados;
- e) É melhor exame para cérebro e tecnicamente não se usa contraste.

II. Contraindicações:

- a) Próteses metálicas, marca-passo, corpos estranhos metálicos.

III. Restrições:

- a) Artérias intra-renais, tronco celíaco, mesentérica superior;
- b) Arco aórtico (somente com contraste), coronária, fígado e órgãos em movimento.

5.3.4 Principais Indicações para uso de Contraste em RM

I. Sistema Nervoso Central (SNC):

- a) Crise Convulsiva recente;
- b) Crise brava Jacksoniana;
- c) Esclerose Múltipla;
- d) Má formação vascular;

- e) Hidrocefalia de causa desconhecida;
 - f) Diferenciação de Infarto e Tumor;
 - g) Lesão cerebral na RM de natureza a esclarecer.
- II. Face:**
- a) Tumores;
 - b) Má formação vascular.
- III. Mastoide:**
- a) Neurinoma de parcraniano;
 - b) Processos inflamatórios com invasão do SNC.
- IV. Pescoço:**
- a) Neurinoma de parcraniano;
 - b) Processos inflamatórios com invasão do SNC.
- V. Músculo Articular:**
- a) Tumores musculares.
- VI. Tórax:**
- a) Tumores;
 - b) Má formação vascular;
 - c) Estudo de carótidas e vertebrais.
- VII. Abdome:**
- a) Tumores hepáticos, renais e pancreáticos;
 - b) Aneurisma.
- VIII. Pelve:**
- a) Tumores.
- IX. Coluna Vertebral:**
- a) Tumores primários e secundários;
 - b) Recidiva de hérniapós-operatório;
 - c) Fibrose epiduralpós-operatória;
 - d) Espondilodiscite.

5.4 Ultrassonografia (USG)

As autorizações de USG serão efetuadas diretamente nos Prestadores Credenciados, conforme diretrizes estabelecidas nas Instruções Gerais.

Será aplicado deflator de custo operacional quando realizadas duas ou mais USG em concomitância. Paga-se 100% para a primeira, 70% para a segunda e 50% a partir da terceira.

Para que o(a) Médico(a) Ginecologista possa efetuar exames ultrassonográficos, é necessária a apresentação do título de especialista expedido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia.

Na Ultrassonografia de mão e dedos considera-se um único USG e não uma para mão e outra para os dedos.

5.4.1 Critérios de Indicação de USG

I. Obstétrica:

- a)** Estimativa de idade gestacional (essencial para realização de exames em épocas específicas de gestação e para a resolução eletiva da gravidez no tempo);
- b)** Suspeita de gestação múltipla;
- c)** Suspeita de gestação ectópica;
- d)** Suspeita de mola hidatiforme;
- e)** Sangramento vaginal de etiologia desconhecida;
- f)** Avaliação da anatomia e crescimento fetais;
- g)** Estimativa do peso fetal;
- h)** Definição de apresentação fetal;
- i)** Suspeita de polidramnio ou oligoidramnio;
- j)** Suspeita de morte fetal;
- k)** História de anomalia fetal previa na gestação atual;
- l)** Seguimento de uma anomalia fetal identificada;
- m)** Perfil biofísico fetal;
- n)** Auxiliar na realização procedimentos invasivos;
- o)** Avaliação do colúterino;
- p)** Suspeita de anormalidade uterina;
- q)** Localização de dispositivo intra-uterino;
- r)** Massa pélvica.

O exame será liberado a cada trimestre gestacional (11 a 14 semanas, 20 a 23 semanas e 31 a 36 semanas) e se for disponibilizado apenas um exame, este será realizado entre a 20ª a 23ª semanas), permitindo adequada avaliação de morfologia fetal com boa precisão para determinação da idade gestacional.

No primeiro trimestre a liberação é feita com o objetivo de identificar o saco gestacional, vesícula vitelínica, âmnio, determinação da idade gestacional, saco embrionário, determinação do número de fetos e corionicidade e avaliar útero e anexos.

No segundo e terceiro trimestres, serve para a avaliação da anatomia fetal, do colo uterino (se houver suspeita de insuficiência istmo-cervical e prematuridade).

II. Pélvica (Ginecológica):

Na mulher adulta, quando houver suspeita de patologia pélvica, com hipótese diagnóstica dirigida. Na adolescente, até uma ultrassonografia anual, quando se apresentarem as primeiras menstruações.

O exame ultrassonográfico da pelve pode ser realizado por 02 vias de acesso: via abdominal ou transvaginal. Variam, portanto, na resolutividade de cada exame e não são complementares. O exame transvaginal por ser mais complexo pode necessitar de uma avaliação complementar por via abdominal, porém já contemplada no seu honorário diferenciado. **Portanto, não deverão ser autorizados os 2 (dois) procedimentos simultaneamente.**

III. Transvaginal:

Paciente com suspeita de processo expansivo intra-utero e/ou patologia ovariana não confirmada por ultrassom pélvico.

Acompanhamento de tratamento clínico de cisto de ovário. Casos suspeitos de endometriose pélvica.

Casos suspeitos de gestação ectópica ou gestação molar.

Doppler

Eco-Doppler Vascular (duplex scan vascular) - realização simultânea da ultrassonografia dos vasos arteriais ou venosos associado a análise dos fluxos (Doppler). Na maior parte dos casos o mapeamento a cores faz-se necessário, salvo exames cuja indicação é apenas para

pesquisa de trombose venosa profunda em acamados. Estes exames podem ser realizados nos 04 membros, abdome (aorta, renais, etc.), pescoço (carótidas, vertebrais, subclávias) e janelas cranianas.

Deve-se fazer a diferenciação do pedido apenas do Doppler (estudo do fluxo) para os chamados Duplex Scan, utilizando no primeiro caso o código de Investigação Ultrassônica sem registro gráfico ou com registro gráfico.

Ultrassonografia Obstétrica com Doppler (o estudo é feito de 3 vasos no mínimo: artéria uterina direita e esquerda, artéria umbilical e artéria cerebral média).

5.5 Outros Exames de Imagem

5.5.1 Mamografia

Se a paciente estiver assintomática com exame físico negativo, após os 40 anos de idade poderá realizar mamografia anualmente.

Se a paciente for do grupo de risco e tiver idade maior ou igual a 25 anos (radioterapia torácica previa, forte história familiar, portadora de hiperplasia mamaria atípica, lesão lobular in situ, história previa de câncer de mama e de ovário) deve realizar mamografia anualmente com início 10 anos antes da idade do caso índice de parentesco de primeiro grau, quando devidamente justificado pelo mastologista.

5.5.2 Densitometria Óssea

Deve-se notar que o simples fato de entrar na menopausa, não justifica a mulher pedir este exame, como não se justifica repeti-lo com menos de 1 ano de intervalo, a título de controle.

Os pacientes com poucos fatores de risco devem fazer o exame a cada 02 anos.

Justifica-se fazer a Densitometria quando, por radiografia, suspeita-se de osteopenia. O

procedimento é único e corresponde ao exame da coluna vertebral e fêmur.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

- I. Presença de evidentes fatores de risco:
 - a) Menopausa prematura (cirúrgica ou não), antes dos 45 anos;
 - b) Amenorreia secundariaprolongada;
 - c) Hipogonadismoprímario;
 - d) Corticosteroide terapia com mais de 7,5 mg/dia durante 1 ano ou mais;
 - e) Anorexianervosa;
 - f) Síndrome de má-absorção intestinal;
 - g) Hiperparatireoidismo;
 - h) Transplante deórgão;
 - i) Insuficiência renalcrônica;
 - j) Mielomatose;
 - k) Hipertireoidismo;
 - l) Imobilização prolongada.
- II. Osteopenia: por radiografia ou por deformidade vertebral ou por ambas;
- III. Fraturas anteriores do fêmur, da coluna e do punho;
- IV. Acompanhamento terapêutico:
 - a) TRH (estrogenioterapia);
 - b) Calcitonina, bifosfonato, metabolitos da vitamina D, fluoreto de sódio.

5.5.3 Mamotomia

A **Mamotomia** é um moderno recurso diagnóstico que permite biopsiar e mesmo remover pequenas lesões, em nível ambulatorial, evitando o procedimento cirúrgico mais oneroso e traumático nas lesões benignas.

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO:

- a) Nódulos sólidos ou císticos profundos menores que 2cm e classificados nas

- categorias IV ou V de BI-RADS;
- b)** Estudo histopatológico de lesões não palpáveis.

A Biopsia Percutânea Ambulatorial (Mamotomia) na mama nem sempre é possível em lesões com dimensões muito reduzidas. A alternativa para estes casos é a Biopsia Cirúrgica que requer baixa hospitalar, gerando todos os demais custos de um procedimento no bloco cirúrgico.

5.5.4 Embolização de Tumores

Para a embolização de aneurismas cerebrais, deve ser realizada a listagem dos materiais com suas especificações técnicas e encaminhada para o IPM para cotação com pelo menos três empresas.

Pagar a Embolização e a Arteriografia Pós-Embolização.

Pagar Taxa de Sala Ambulatorial para o procedimento supracitado, e os materiais médicos utilizados mediante realização de cotação conforme explicado anteriormente.

5.6 Medicina Nuclear

Na MEDICINA NUCLEAR “IN VIVO” é pago, além do FILME RADIOGRÁFICO calculado em metros quadrados, os RADIOISÓTOPOS e os respectivos FÁRMACOS, medicamentos, equipos, sondas, cateteres, guias (específicos para cada exame), devidamente discriminados e relacionados em nota fiscal, conforme BRASINDICE com redutor de 10%.

Para as Cintilografias há proporcionalidade de valores decrescentes quando se realiza mais de uma. Paga-se 100% para o primeira e 70% para as demais.

As Cintilografias Renais Estática e Dinâmica são pagas separadamente, inclusive os dois insumos.

5.6.1 Cintilografias do Miocárdio Perfusão – Repouso ou Estresse

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

- a) Teste Ergométrico prévio inconclusivo ou duvidoso;
- b) Paciente com suspeita de insuficiência coronariana + ECG com bloqueio de ramo esquerdo;
- c) Estenoses limítrofes (50 a 70%);
- d) Identificação de “Lesão Culpada”;
- e) Avaliação do miocárdio hibernante;
- f) Estratificação de risco pós-infarto agudo do miocárdio.

5.6.2. PET CT

A liberação de PET Dedicado Oncológico (40708128) será realizada nos casos de:

- I. Câncer de pulmão de células não pequenas para caracterização das lesões e estadiamento;
- II. Para linfomas, com objetivo de estadiamento, avaliação da resposta terapêutica e monitoramento da recidiva.

5.7 RELAÇÃO DE OUTROS PROCEDIMENTOS RADIOLÓGICOS X TIPO DE CONTRASTE X QUANTIDADE DE CONTRASTE

PROCEDIMENTO	TIPO	QUANTIDADE
COLANGIOGRAFIA PRÉ-OPERATÓRIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
COLANGIOGRAFIA PÓS-OPERATÓRIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
COLANGIOGRAFIA VENOSA	BILIGRAMA INFUSÃO	100 ML
COLANGIOGRAFIA COM PLANIGRAFIA	BILIGRAMA INFUSÃO	100 ML
COLANGIOGRAFIA ORAL	IODADO ORAL	12 COMPRIMIDOS
ESÔFAGO	BÁRIO	1 FRASCO
ESTOMAGO E DUODENO	BÁRIO	2 FRASCOS
ESÔFAGO, HIATO, ESTOMAGO E DUODENO	BÁRIO	2 FRASCOS

TRÂNSITO E MORFOLOGIA DELGADO	BÁRIO	3 FRASCOS
CLISTER OPACO	BÁRIO	4 FRASCOS
DUODENOGRRAFIA HIPOTÔNICA	BÁRIO	2 FRASCOS
DELGADO DUPLO CONTRASTE	BÁRIO	3 FRASCOS
UROGRAFIA VENOSA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
UROGRAFIA VENOSA	IODADO (NÃO IÔNICO)	40/50 ML
PIELOGRAFIA ASCENDENTE	IODADO (IÔNICO)	50/60 ML
URETROCISTOGRAFIA	IODADO (IÔNICO)	50/60 ML
UROGRAFIA VENOSA MINUTADA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
UROGRAFIA VENOSA MINUTADA	IODADO (NÃO IÔNICO)	40/50 ML
UROGRAFIA COM NEFROTOMOFRAFIA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
UROGRAFIA COM NEFROTOMOFRAFIA	IODADO (NÃO IÔNICO)	40/50 ML
BRONCOGRAFIA UNILATERAL	HYSTRAT	20 ML
LARINGOGRAFIA	HYSTRAT	20 ML
DUCTOGRAFIA(POR MAMA)	LIPIDOL UF	5 ML
SIALOGRAFIA (POR GLÂNDULA)	LIPIDOL UF	5 ML
HISTEROSSALPINGOGRAFIA	TELEBRIX HYSTERO	20 ML
ARTROGRAFIA	IODADO (IÔNICO)	20/25 ML
FISTULOGRAFIA	TELEBRIX HYSTERO	20 ML
COLANGIOGRAFIA TRANSCUTÂNEA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
COLANGIOGRAFIA RETROGRADA	IODADO (IÔNICO)	40/50 ML
DACRIOCISTOGRAFIA	LIPIDOL UF	5 ML
ANGIOGRAFIA CAROTIDIA UNILATERAL (PUNÇÃO DIRETA)	IODADO (IÔNICO)	60/80ML
ANGIOGRAFIA CAROTIDIA UNILATERAL (PUNÇÃO DIRETA)	IODADO (NÃO IÔNICO)	60/80ML
ANGIOGRAFIA CAROTIDIA UNILATERAL (VIA FEMURAL)	IODADO (IÔNICO)	80/100 ML
ANGIOGRAFIA CAROTIDIA UNILATERAL (VIA FEMURAL)	IODADO (NÃO IÔNICO)	80/100 ML
ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL	IODADO (IÔNICO)	80/100 ML
ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL	IODADO (NÃO IÔNICO)	80/100 ML
ARCO AÓRTICO E VASOS DO PESCOÇO	IODADO (IÔNICO)	100/150 ML
ARCO AÓRTICO E VASOS DO PESCOÇO	IODADO (NÃO IÔNICO)	100/150 ML

	IÔNICO)	
ANGIOGRAFIA MEDULAR	IODADO (IÔNICO)	100/150 ML
MIELOGRAFIA SEGMENTAR - 1 SEGMENTO	IOPAMIROM 300	20 ML
MIELOGRAFIA SEGMENTAR - 1 SEGMENTO	OMNIPAQUE 300	20 ML
MIELOGRAFIA - 2 SEGMENTOS	IOPARMIROM 370	20 ML
MIELOGRAFIA - 2 SEGMENTOS	OMNIPAQUE 350	20 ML
MIELOGRAFIA - 3 SEGMENTOS	IOPAMIROM 370	20 ML
MIELOGRAFIA - 3 SEGMENTOS	OMNIPAQUE 350	20 ML

6. ODONTOLOGIA

6.1 Urgência

- I. CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO: Este procedimento não poderá ser cobrado caso a hemorragia seja pós-cirúrgica, sendo o prestador da urgência o mesmo que realizou a cirurgia. Inclui a aplicação do hemostático e sutura do alvéolo;
- II. CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO: Este procedimento não poderá ser cobrado caso a hemorragia seja pós-cirúrgica, sendo o prestador da urgência o mesmo que realizou a cirurgia. Inclui a sutura do alvéolo;
- III. COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS: Inclui o material utilizado na fixação do fragmento dentário. Não remunerado quando decorrente de procedimentos realizados pelo dentista assistente. Em casos de fratura dentária, a radiografia deverá evidenciar o fragmento colado na posição correta. Radiografia inclusa no procedimento;
- IV. TRATAMENTO DE ALVEOLITE: Este procedimento não poderá ser cobrado pelo mesmo profissional que realizar a exodontia. Inclui a curetagem, limpeza e medicação do alvéolo. RX-I (raio-x inicial) deve mostrar exodontia recente. Radiografia inclusa no procedimento;

- V. INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA-ORAL:** Consiste na incisão fora da cavidade oral e posterior drenagem de abscesso; na solicitação, informar a origem do mesmo. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo mesmo prestador. Radiografia inclusa no procedimento. Obs.: em casos em que não seja possível a realização do rx, deverá ser enviada uma imagem de comprovação;
- VI. INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA-ORAL:** Consiste na incisão dentro da cavidade oral e posterior drenagem de abscesso; na solicitação, informar a origem do mesmo. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo mesmo prestador. Radiografia inclusa no procedimento. Obs.: em casos em que não seja possível a realização do rx, deverá ser enviada uma imagem de comprovação;
- VII. REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO:** Contempla o reposicionamento e contenção do elemento avulsionado. Inclui a imobilização dentária necessária. Não remunerado quando decorrente de procedimentos realizados pelo mesmo prestador. Radiografia inclusa no procedimento;
- VIII. RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE:** Não entende-se como restauração provisória o curativo realizado em dentes tratados endodonticamente, imediatamente após o tratamento endodôntico. Será observada na radiografia inicial, a proximidade da lesão cariosa com a polpa dental. A restauração definitiva deverá aguardar 30 dias após a restauração provisória realizada. Não remunerado para pacientes em tratamento, ou quando decorrente de procedimentos realizados pelo mesmo prestador. Radiografia inclusa no procedimento;
- IX. TRATAMENTO DE PERICORONARITE:** Procedimento para dentes semi-inclusos ou inclusos;
- X. TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO:** Raio X deve mostrar o dente que originou o abscesso, caso haja outro fator etiológico deverá ser descrito no campo observação;
- XI. ABERTURA CORONÁRIA ODONTALGIA AGUDA/PULPECTOMIA:** Este procedimento não poderá ser cobrado em caso de tratamento endodôntico realizado pelo mesmo prestador. A Radiografia inicial deverá ser enviada para fins de diagnóstico. Radiografia inclusa no procedimento.

6.2 Radiologia

- I. RADIOGRAFIA PERIAPICAL: O profissional deverá ficar com o RX. Deverá ser mandada a foto do Rx ou um arquivo do mesmo digitalizado;
- II. LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO): O levantamento radiográfico (seriografia) será autorizado apenas para Clínicas Radiológicas e deverá ser enviado via *upload* via sistema para efeito de repasse, assim como o encaminhamento do caso solicitado pelo dentista assistente;
- III. RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING: O profissional deverá ficar com o RX. Deverá ser mandada a foto do Rx ou um arquivo do mesmo digitalizado;
- IV. FOTOGRAFIA: Entende a fotografia como intra e extra - oral, deverá ser enviada para efeito de repasse via *upload*;
- V. RADIOGRAFIA OCLUSAL: A radiografia oclusal será autorizada apenas para Clínicas Radiológicas e deverá ser enviada via *upload* para efeito de repasse, assim como o encaminhamento do caso solicitado pelo dentista assistente;
- VI. RADIOGRAFIA DA Articulação TemporoMandibular (ATM): A radiografia de ATM será autorizada apenas para Clínicas Radiológicas e deverá ser enviada via *upload* para efeito de repasse, assim como o encaminhamento do caso solicitado pelo dentista assistente;
- VII. RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA): A Radiografia Panorâmica será autorizada apenas para Clínicas Radiológicas e deverá ser enviado via *upload* para efeito de repasse, assim como o encaminhamento do caso solicitado pelo dentista assistente.

6.3 Prevenção

- I. PROFILAXIA/POLIMENTO CORONÁRIO: Procedimento envolve a profilaxia e o polimento;
- II. APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR: Procedimento envolve a aplicação tópica de flúor, não podendo ser solicitado juntamente com a aplicação tópica de verniz;
- III. RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL: Remoção de induto e/ou cálculo supra

gingival, seguida de alisamento e polimento coronário. Não inclui profilaxia. Autorizado a partir dos 12 anos de idade. Em casos de solicitação para menores de 12 anos, enviar imagem (Rx ou foto) visualizando indicação do procedimento. Não inclui a Aplicação tópica de verniz fluoretado (84000112) e/ou Aplicação tópica de flúor (84000090). Não solicitar junto com Raspagem subgingival/alisamento radicular (8530039);

- IV. APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO: Por sessão, no máximo 03 sessões por ano em pacientes até 12 anos de idade. Não solicitar juntamente com aplicação tópica de flúor;
- V. APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS: Indicado até 12 anos de idade com aplicação única por elemento. O dente deverá ser hígido. Indicações específicas devem ser relatadas no campo de observação.

6.4 Odontopediatria

- I. CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA: Procedimento indicado para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo com idade até 10 anos. Limitado a 03 sessões/ano por beneficiário. Para o repasse é necessário o envio de relatório com justificativa sobre o caso com assinatura do responsável legal.

6.5 Dentística

- I. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 1 FACE: Autorizado para dentes posteriores, quando houver envolvimento de uma face. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- II. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 2 FACES: Autorizado para dentes posteriores, quando houver envolvimento de duas faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- III. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 3 FACES: Autorizado para dentes posteriores, quando houver envolvimento de três faces, mesmo quando essas não apresentam

- comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- IV. RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 4 FACES:** Autorizado para dentes posteriores, quando houver envolvimento de quatro faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- V. RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE:** Autorizado quando houver envolvimento de uma face. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- VI. RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES:** Autorizado quando houver envolvimento de duas faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- VII. RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES:** Autorizado quando houver envolvimento de três faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- VIII. RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES:** quando houver envolvimento de quatro faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- IX. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE:** Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver envolvimento de uma face. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- X. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES:** Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver envolvimento de duas faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- XI. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES:** Autorizado para dentes anteriores e posteriores, quando houver envolvimento de três faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário;
- XII. RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES:** Autorizado para

dentes anteriores e posteriores, quando houver envolvimento de quatro faces, mesmo quando essas não apresentam comunicação. A auditoria pode solicitar imagem inicial/final (rx ou foto) dos procedimentos caso considere necessário.

6.6 Periodontia

- I. **RASPAGEM SUB-GENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR:** Tratamento não cirúrgico da periodontite. Consiste na remoção do cálculo supra e subgengival, seguida de alisamento radicular. Profilaxia e raspagem supragengival das arcadas superior e inferior incluídas no procedimento, independente da quantidade de sextantes indicados para a raspagem sub-gengival;
- II. **IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES:** Fixação em pelo menos dois dentes com suporte ósseo viável de cada lado da região tratada (mínimo três dentes). Enviar radiografia inicial. Procedimento autorizado apenas para especialistas em periodontia, cirurgia oral e Odontopediatria. Fotografia final inclusa no procedimento;
- III. **TRATAMENTO DE GENGVITE NECROSANTE AGUDA – GNA:** Remoção de placa e cálculo. Incluso acompanhamento clínico, orientação, profilaxia e polimento;
- IV. **AUMENTO DE COROA CLÍNICA:** Consiste em remover tecido ósseo para recuperar o espaço biológico para posterior tratamento. Enviar radiografias inicial e final. A inicial deverá evidenciar a invasão do espaço biológico. Inclui os espaços interproximais contíguos. Procedimento autorizado apenas para especialistas em periodontia. Não pode ser autorizado com os procedimentos CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO (TUSS 82000417), GENGVECTOMIA (82000921) e GENGVIOPLASTIA (82000948). Radiografia final inclusa no procedimento;
- V. **GENGVECTOMIA:** Procedimento cirúrgico que consiste na redução de bolsas periodontais supra ósseas até 4 mm. Procedimento autorizado apenas para especialistas em periodontia;
- VI. **GENGVIOPLASTIA:** Procedimento cirúrgico que consiste na remodelação gengival. Procedimento autorizado apenas para especialistas em periodontia;
- VII. **CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO:** Curetagem aberta de bolsas periodontais infra ósseas. Só deverá ser solicitada após avaliação da resposta biológica a curetagem fechada (RASPAGEM SUB/SUPRA GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR). Procedimento autorizado apenas para

especialistas em periodontia. Inclui gengivectomia e curativo pós-cirúrgico. Deverá haver um intervalo mínimo de 60 dias entre a realização das raspagens e a cirurgia periodontal. Deverá ser enviada radiografia inicial e periograma realizado posteriormente a curetagem fechada (RASPAGEM SUB/SUPRA GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR).

6.7 Cirurgia

- I. EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO: Em casos em que solicitação de exodontia não se enquadrar no período de esfoliação fisiológica, enviar radiografia inicial justificando o caso. Regra auditoria: Fotografias só serão consideradas como imagem inicial se justificada. No caso de envio de imagem que evidencie raiz residual, o procedimento será considerado para repasse;
- II. EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE: Consiste na extração dentária de dentes normalmente implantados com coroa. Enviar radiografia inicial do caso;
- III. EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL: Consiste na extração dentária da porção radicular de dentes que já não possuem a coroa clínica. Enviar radiografia inicial do caso;
- IV. EXODONTIA A RETALHO: Consiste na extração dentária através de incisões relaxantes e descolamento do retalho mucoperiosteal e osteotomia alveolar preferencialmente na cortical óssea vestibular. Será analisada anquilose, dilaceração radicular, assim como outros fatores que, porventura, venham a dificultar a exodontia. Enviar radiografia Inicial do caso. **Para os procedimentos de Exodontias, o prestador deverá assinar o Termo de Responsabilidade pelo procedimento executado e enviar ao IPM anexado à guia de atendimento, em substituição à radiografia final;**
- V. FRENECTOMIA LABIAL: Descrever indicativo clínico para o procedimento no campo observação no momento da solicitação do procedimento. Enviar fotografia final do caso. Fotografia final inclusa no procedimento;
- VI. FRENECTOMIA LINGUAL: Descrever indicativo clínico para o procedimento no campo observação no momento da solicitação do procedimento. Enviar fotografia final do caso. Fotografia final inclusa no procedimento;
- VII. BIÓPSIA DE BOCA: Remoção cirúrgica de fragmento de tecido mole e/ou duro

através de biópsia incisional ou excisional, para fins de exame anatomopatológico. Somente coleta do material. Solicitar histopatológico previamente. Registrar localização, descrição da lesão e sugerir diagnóstico. Quando realizado em ambiente ambulatorial. Enviar cópia do laudo histopatológico;

VIII. EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE: Remoção da mucocele;

IX. EXCISÃO RÂNULA: Remoção da rânula consiste na remoção e/ou marsupialização da glândula sublingual.

6.8 Endodontia

I. PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO: Consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa coronária do dente decíduo e posterior preenchimento com material adequado. A radiografia Inicial deverá ser enviada para fins de diagnóstico, e a radiografia final deverá evidenciar o selamento na entrada dos canais radiculares. Radiografia final inclusa no procedimento;

II. TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO: Consiste na abertura de câmara pulpar e remoção da polpa coronária e radicular do dente decíduo e posterior preenchimento com material adequado. A radiografia final deverá evidenciar o selamento dos canais radiculares, assim como o estágio de Nolla. Radiografia final inclusa no procedimento;

III. TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR: Consiste no tratamento de incisivos ou caninos, realizando abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico/mecânico e preenchimento adequado do conduto com material obturador. A radiografia deverá evidenciar a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Radiografia final inclusa no procedimento;

IV. TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR: Consiste no tratamento de pré-molares, realizando abertura da câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico/mecânico e preenchimento adequado do conduto com material obturador. A radiografia deverá evidenciar a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Radiografia final inclusa no procedimento;

V. TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR: Consiste no tratamento de molares, realizando câmara pulpar, remoção da polpa, preparo químico/mecânico e preenchimento adequado do conduto com material obturador. A radiografia deverá

evidenciar a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Radiografia final inclusa no procedimento;

VI. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR: Consiste na remoção do material obturador do conduto radicular de incisivos e caninos, preparo químico e mecânico e seu preenchimento com material adequado. A radiografia inicial deverá evidenciar a indicação do procedimento e a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Enviar laudo técnico justificando a indicação do procedimento. Radiografia final inclusa no procedimento;

VII. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR: Consiste na remoção do material obturador do conduto radicular de pré-molares, preparo químico e mecânico e seu preenchimento com material adequado. A radiografia inicial deverá evidenciar a indicação do procedimento e a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Enviar laudo técnico justificando a indicação do procedimento. Radiografia final inclusa no procedimento;

VIII. RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR: Consiste na remoção do material obturador do conduto radicular de molares, preparo químico e mecânico e seu preenchimento com material adequado. A radiografia inicial deverá evidenciar a indicação do procedimento e a viabilidade da REABILITAÇÃO do elemento tratado. Enviar laudo técnico justificando a indicação do procedimento. Radiografia final inclusa no procedimento;

IX. TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA: Consiste no selamento completo da perfuração endodôntica. Desconsidera-se o pagamento quando a perfuração ocorrer em tratamento endodôntico realizado pelo mesmo prestador. A radiografia deverá evidenciar a viabilidade da permanência do elemento dentário. Radiografia final inclusa no procedimento;

X. CAPEAMENTO PULPAR DIRETO: Manobra realizada em caso de exposição pulpar, com objetivo de protegê-la e evitar tratamento endodôntico. Enviar radiografia inicial ou final do caso. A restauração definitiva só deverá ser realizada após 30 dias;

XI. TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA: No máximo de 6 sessões, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias entre cada sessão. Coberto para dentes com forame apical aberto. A medicação intra-canal deverá preencher o conduto radicular até o ápice. O tratamento endodôntico não poderá ter solicitação simultânea e só deverá ser realizado após o fechamento do

ápice. A cada sessão deverá ser enviada a radiografia inicial de acompanhamento. Radiografias inclusas no procedimento.

7. DIAGNOSES

7.1 Diagnose em Alergologia

O mesmo teste alérgico para o mesmo paciente deverá ser feito apenas com intervalo mínimo de 01 (um) ano. A rigor, não há necessidade de repetição de teste alérgico.

Não é devida a cobrança de taxa de sala, materiais e medicamentos para os testes alérgicos.

Os procedimentos desta especialidade somente devem ser pagos a ALERGOLOGISTA ou IMUNOLOGISTA e podem ser solicitados por pneumologista, otorrinolaringologista, pediatra e dermatologista. Não são autorizados/pagos testes e provas imuno-alérgicas realizadas por outros especialistas.

Os Testes Alérgicos para inalantes e alimentares serão pagos uma única vez, independentemente do número de substâncias testadas.

Aplicações de Hipossensibilizantes, Hipossensibilização Específica, Hipossensibilização Inespecífica, Hipossensibilização com Produtos Autógenos, Vacina Autógena e Vacina com Alérgenos Hipossensibilizantes não serão autorizados e, conseqüentemente, não pagos, pois, constituem vacinas e não possuem cobertura contratual pelo IPM.

41401441 – Testes de Contato com Fotossensibilização inclui até 30 substâncias. Raramente será necessário maior número, o que deverá ser justificado adequadamente.

Os Testes Alérgicos estão limitados a 10% do total de consultas do prestador (quando autogerados).

7.2 Diagnose em Cardiologia

7.2.1 Eletrocardiograma

O ECG Convencional de até 12 Derivações (40101010) será pago em um percentual máximo de 75% em relação ao número de consultas do prestador (se auto gerado) e não deverá ser pago simultaneamente com o Teste Ergométrico.

7.2.2 Teste Ergométrico

Critérios de indicação para o Teste Ergométrico Convencional - 3 ou mais Derivações Simultâneas (Inclui ECG Convencional de até 12 derivações) (40101045):

- a) Hipertensão arterial sistêmica;
- b) Angina pectoris clássica ou atípica;
- c) Dor precordial atípica;
- d) Pós-infarto do miocárdio;
- e) Doença cardíaca valvular;
- f) “Dor no peito” não cardíaca, dor peitoral em queimação ou musculoesquelética não é indicação de TE;
- g) “Screening” para doença cardíaca isquêmica pode não ter cobertura contratual;
- h) Pós-revascularização do miocárdio – cirurgia/angioplastia;
- i) Cardiopatia congênita – Avaliação funcional;
- j) Arritmias cardíacas.

A frequência não deve ser maior que 01 (um) exame por ano, a menos que haja alterações significativas dos sintomas.

Os Testes Ergométricos estão limitados a 15% do total de consultas do prestador (quando autogerados).

7.2.3 Holter

Critérios de Indicação para o Holter de 24 Horas - 2 ou mais canais – Analógico

(20102011):

- a) Diagnóstico das arritmias;
- b) Investigação de síncope;
- c) Isquemia silenciosa / Pós-infarto agudo do miocárdio;
- d) Indicação de marca-passos;
- e) Acompanhamento de marca-passos.

7.2.4 Ecocardiograma

Critérios de indicação de Ecocardiografia como “Screening”:

- I. Indicação plena:
 - a) Paciente com história de doença familiar, geneticamente transmitida;
 - b) Doadores para transplante cardíaco;
 - c) Pacientes com fenótipo de Síndrome de Marfan ou doença do conectivo;
 - d) Avaliação de pacientes em Quimioterapia cardiotoxica.
- II. Indicação com restrição:
 - a) Pacientes com doença sistêmica que possa afetar o coração.
- III. Não há indicação:
 - a) População geral;
 - b) Atletas de competição sem evidência clínica de doença cardíaca.

Critérios de indicação de Ecocardiografia com Doppler Colorido:

- a) Presença de defeitos septais (atrial ou ventricular);
- b) Avaliar a severidade de lesões estenóticas ou regurgitantes das valvas cardíacas (Ins. Mitral, Estenose mitral /aórtica);
- c) Avaliar as próteses valvares cardíacas;
- d) Avaliar a presença de canal arterial pérvio;
- e) Avaliar doenças da aorta.

Critérios de indicação de Ecodoppler Bidimensional:

- a) Hipertensão arterial moderada ou severa (hipertrofiomiocárdica);
- b) Valvulopatias;
- c) Cardiopatias congênitas;
- d) Infarto do miocárdio (agudo ou antigo);
- e) Diagnostico diferencial de dor torácica;
- f) Pericardiopatias;
- g) Miocardiopatias;
- h) Doenças da aorta;
- i) Atividade reumática.

Não serão autorizados simultaneamente Ecocardiograma unidimensional e bidimensional.

Critérios de indicação de Ecocardiograma Bidimensional com Mapeamento de Fluxo à Cores

- a) Insuficiência coronariana aguda, na identificação das complicações (ex.: ruptura de septo e musculopapilar);
- b) Cardiopatias congênitas;
- c) Sopros cardíacos, valvulopatias, aorta e outros;
- d) Analisar a necessidade da associação ou não com registro gráfico a cores, sempre que eco bidimensional simples não esclarecer a patologia;
- e) Percentual aceitável sobre o número de consultas realizadas = 10%.

Critérios de Indicação para o Ecodopplercardiograma Transesofágico (Inclui Transtorácico) (40901092):

- a) Dissecção aórtica;
- b) Diagnostico de massasintra cardiacas;
- c) Fonte emboligena;

- d) Patologias valvares e de próteses;
- e) Intra epós-operatório;
- f) Estudo transtorácico inadequado – “MáJanela”.

7.2.5 Stent Farmacológico

Segundo a Associação Cearense de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista – ACHCI-CE de 03 de outubro de 2010, os critérios para indicação de Stent Farmacológico:

- a) Lesão obstrutiva em troncoprotégido;
- b) Lesão obstrutiva em tronco não protegido, passível de tratamento pela intervenção;
- c) Nas lesões obstrutivas > 15 mm de extensão com diâmetro < 3,5mm;
- d) Nas obstruções em vasos finos, com diâmetro 2,5mm;
- e) Nas obstruções do terço proximal de DA;
- f) Nas obstruções crônicas quando recanalizadas;
- g) Nas reestenoses intra-stent;
- h) Nos pacientes diabéticos;
- i) Na síndrome coronária aguda com ou sem supra do segmento ST;
- j) Nos pacientes portadores de insuficiência renal crônicas em hemodiálises.

Na síndrome coronariana aguda em face da situação emergencial, o médico auditor do hospital e o auditor cardiologista devem ser comunicados imediatamente para a autorização do uso do Stent solicitado. Após a realização do procedimento, relatório deve ser enviado para a Auditoria em Saúde e Direção de Saúde do IPM.

Nas situações eletivas, o hospital deve entregar cópias digitalizadas das imagens e laudo do cateterismo cardíaco, assim como o pedido do(s) Stent(s) para avaliação da Auditoria Médica do IPM.

7.2.6 Marca-passo

Critérios de elegibilidade para autorização dos procedimentos de Implante de Marca-passo Monocameral, Bicameral ou Temporário (30904137, 30904145 ou 30904080):

- a) Pacientes com fração de ejeção menor ou igual a 35%, em ritmo sinusal, com bloqueio completo de ramo esquerdo;
- b) Pacientes ambulatoriais com classe funcional III ou IV, apesar de terapia médica recomendada ótima (incluindo betabloqueadores, sempre que possível); e
- c) Pacientes em acompanhamento em ambulatório de referência por pelo menos 3 (três) meses, com dissincronia cardíaca, evidenciada por QRS¹ de duração superior a 0,12 segundos e comprovada ao ecocardiograma.

7.3 Diagnose em Neurologia

7.3.1 Eletroencefalograma em Vigília (EEG)

Critérios de Indicação para o Eletroencefalograma em Vigília e Sono Espontâneo ou Induzido (40103234):

Limitado a 20% do total de consultas, quando autogerado.

EEG de sono e vigília somente deverá ser autorizado para menores de 12 (doze) anos e para adultos ou crianças maiores de 12 (doze) anos, que necessitem realizar o exame em sono espontâneo ou induzido.

EEG, exclusivamente em sono, sua remuneração corresponderá a de EEG em vigília.

EEG digital deve ser pago no mesmo valor do EEG convencional.

Nos valores dos procedimentos desta especialidade estão incluídos honorários médicos e custos operacionais.

A liberação de mapeamento cerebral somente será realizada nos casos de convulsões complexas.

¹ Complexo QRS: Designação dada, no eletrocardiograma, ao grupo de ondas que traduzem a atividade ventricular e que correspondem à despolarização da musculatura cardíaca.

7.3.2 Vídeo-eletrencefalografia Contínua

Critérios de Indicação para o Vídeo-eletrencefalografia contínua não invasiva – 12h vídeo EEG/NT (40103757):

I) Paciente Ambulatorial

O Video-EEG consiste em um registro prolongado (limitado ao mínimo de 4 horas e o máximo de 12 horas) da atividade elétrica cerebral por meio de eletrodos aderidos ao couro cabeludo e, simultaneamente, do comportamento do paciente, por meio de vídeo. Trata-se de um método insubstituível e já consagrado na área de Neurologia, com o propósito de registrar eventos de causa desconhecida (desmaios, convulsões, sintomas neurológicos transitórios, etc.), e assim revelar sua real fisiopatologia. Desta forma, o ambiente de registro é adaptado a esta finalidade (cama hospitalar, acesso a banheiro, etc.). Recomenda-se a presença de um acompanhante. São realizadas algumas provas de ativação, para aumentar a chance de ocorrência dos eventos suspeitos. O registro dos eventos é analisado a posteriori por especialistas na área (Título de especialista em Neurofisiologia Clínica pela SBNC e treinamento específico no método), estabelecendo assim diagnósticos precisos e que definirão tratamentos apropriados, que não puderam ser revelados pelos métodos ambulatoriais.

Critérios de Utilização:

- I. Solicitação médica com autorização prévia pela operadora;
- II. Justificativa médica na guia TISS ou TUSS ou GUIA IPM mencionando (nestes ou em outros termos):
 - a) Distúrbios de movimento ou alterações transitórias de consciência que apresentem semiologia incerta para evento epiléptico;
 - b) Suspeita de crise epiléptica de origem psicogênica com frequência suficiente para eventual identificação por VEEG;
 - c) Monitorização prolongada nos casos em que se demanda identificar o padrão eletrográfico para correlação com síndrome epiléptica em investigação.

Critérios de Habilitação do Prestador :

- I. Equipamento habilitado à realização de Vídeo-EEG;
- II. Ambiente adaptado ao registro prolongado (cama hospitalar, viabilidade de refeições, acesso a banheiro, assento para acompanhante);
- III. Presença ininterrupta de profissional para atender necessidades e intercorrências durante o registro (técnico(a) de EEG, aux. de enfermagem ou enfermeiro(a));
- IV. Análise do registro e emissão de laudo por especialista com treinamento específico no método, com Título de especialista em Neurofisiologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica (SBNC).

II) Paciente Internado

O Video-EEG consiste em um registro prolongado da atividade elétrica cerebral por meio de eletrodos aderidos ao couro cabeludo e, simultaneamente, do comportamento do paciente, por meio de vídeo. Trata-se de um método insubstituível e já consagrado na área de Neurologia, com o propósito de analisar eventos de causa desconhecida ou, em ambiente hospitalar, descartar ou confirmar estado mal epilético não convulsivo (EMENC), avaliar gravidade dos estados de coma, ajudar a fazer prognóstico de encefalopatia pós-anóxica, entre outras. Desta forma, o ambiente hospitalar é adaptado a esta finalidade, mediante análise do técnico de EEG, sobretudo com vista à remoção de fontes de artefatos e posicionamento da câmera. Nos pacientes em coma, são realizadas algumas provas de ativação, como abertura ocular passiva, estímulos auditivo e doloroso, para estudar a reatividade da atividade elétrica cerebral. O registro da atividade elétrica e do registro simultâneo em vídeo é analisado em tempo real ou a posteriori por especialistas na área (Título de especialista em Neurofisiologia Clínica pela SBNC e treinamento específico no método), estabelecendo assim diagnósticos precisos e que definirão tratamentos apropriados, que não puderam ser revelados por outros métodos complementares.

Critérios de Utilização:

- I. Solicitação médica especificando tempo de registro (12 horas);

- II. Justificativa médica na guia TISS ou TUSS ou GUIA IPM mencionando (nestes ou em outros termos), deverá estar bem detalhada;
 - a) INTERNAÇÃO MOTIVADA POR ou COMPLICADA POR EPISÓDIOS de sintomas (possível, provável ou sabidamente) neurológicos:
 - ❖ perda transitória da consciência (diagnóstico diferencial com síncope, ataques isquêmicos transitórios [AITs], narcolepsia, auras de enxaqueca, ataques de pânico, etc.);
 - ❖ movimentos involuntários anormais, não diagnosticados clinicamente;
 - b) INTERNAÇÃO MOTIVADA POR CRISES EPILÉPTICAS, MAS QUE:
 - ❖ se mostram refratárias ao tratamento medicamentoso hospitalar;
 - ❖ não é sucedida de total recuperação das funções neurológicas (suspeita de EMENC);
 - ❖ suspeita de recidiva de crises epiléticas após tratamento medicamentoso hospitalar;
 - ❖ suspeita de crises epiléticas (focais ou generalizadas), surgidas durante a internação;
 - ❖ necessitam de distinção com eventos psicogênicos (transtornos conversivos, dissociativos, somatoformes ou suspeita de simulação);
 - c) ESTADOS DE COMA
 - ❖ sem etiologia conhecida por métodos convencionais;
 - ❖ com etiologia conhecida, mas com necessidade de avaliar prognóstico neurológico.

Critérios de Habilitação do Prestador:

- I. Equipamento habilitado à realização de Vídeo-EEG;
- II. Profissional disponível para atender necessidades e intercorrências durante o registro (técnico(a) de EEG, aux. de enfermagem ou enfermeiro(a));
- III. Análise do registro e emissão de laudo por especialista com treinamento específico no método, com Título de Especialista em Neurofisiologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica (SBNC).

7.3.3 Potencial Evocado

Critérios de Indicação para o Potencial Evocado Auditivo de Média Latência (Pea-MI) Bilateral (40103579), Potencial Evocado Somato-Sensitivo – Membros Inferiores (Pess)

(40103617), Potencial Evocado Somato-Sensitivo – Membros Superiores (Pess) (40103625) e Potencial Somato-Sensitivo para Localização Funcional da Área Central (Monitorização Por Hora) até 3 Horas (40103587):

- I. Doença de Wilson;
- II. Tumores do Sistema Nervoso;
- III. Traumas;
- IV. Acidentes Vasculares Cerebrais;
- V. Síndromes Convulsiva;
- VI. Cirurgias do Sistema Nervoso Central;
- VII. Pacientes em coma ou com suspeita de morte cerebral;
- VIII. Esclerose Múltipla.

Quando realizado bilateralmente, remunera-se o segundo lado em 70%.

7.3.4 Eletroencefalografia (Por Segmento)

CrITÉRIOS de Indicação para a Eletroencefalografia de Face Total (40103307), Eletroencefalografia de MMII (40103315), Eletroencefalografia de MMSS (40103323) e Eletroencefalografia de MMSS e MMII (40103331):

Avalia lesão do nervo (compressão, isquemia e neurite). Indicado para Síndrome do Desfiladeiro Cérvico-torácico (compressão da artéria, veia e nervo), dor em região cervical e braço, patologia da coluna lombo-sacra, compressão cérvico-torácico, ulnar e túnel carpiano. Devem ser solicitados pelo neurologista, reumatologista e ortopedista.

Incluem Eletroencefalografia, Velocidade de Condução e Teste de Estímulos.

7.3.5 Polissonografia

CrITÉRIOS de Indicação para a Polissonografia de Noite Inteira (PSG) (Inclui Polissonogramas) (40103528):

Constitui exame que visa avaliar e registrar alterações que ocorrem no indivíduo, durante o

sono. Realiza-se nas seguintes situações clínicas:

- I. Distúrbio do sono;
- II. Fadiga matinal;
- III. Roncos e/ou apneia obstrutiva do sono.

7.3.6 Mapeamento Cerebral com Eletroencefalograma

Critérios de Indicação para o EEGQ Quantitativo (Mapeamento Cerebral) (40103196):

Está indicado nas isquemias transitórias, sequelas de traumatismos crânio-encefálicos e quadros demenciais.

O Mapeamento Cerebral está limitado a 5% do total de consultas do prestador (quando autogerados). Necessita autorização prévia da Auditoria Médica do IPM SAÚDE, mediante justificativa médica. Não deve ser feito de rotina associado com potencial evocado, sendo este indicado em avaliação de convulsões complexas.

7.4 Diagnose em Oftalmologia

A consulta oftalmológica inclui anamnese, refração, inspeção, retinoscopia, exame de pupilas, ceratometria, acuidade visual, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior e exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

Os exames e procedimentos ambulatoriais deverão ser previamente autorizados pelo IPM e liberados através de guias de serviços. Os mesmos deverão estar devidamente justificados, assinados e carimbados pelo médico solicitante. Caso esteja em desacordo com essas normas, o médico auditor poderá solicitar um relatório detalhado.

Os exames oftalmológicos complementares poderão ser pagos de maneira isolada, quando solicitados por profissionais médicos de outra especialidade, não cabendo a cobrança da consulta.

A cirurgia de Facectomia, de regra geral é realizada em um olho por vez, portanto, serão autorizados os exames pré-operatórios inerentes ao olho a ser operado.

Serão autorizados como exames pré-operatórios para Facectomia: Ecobiometria, Mapeamento de retina, Potencial de Acuidade Visual, Microscopia Especular da Córnea.

Nos casos de solicitação de cirurgia de PTERÍGIO + AUTOTRANSPLANTE DE CONJUNTIVA, verificar a justificativa, nos casos em que a justificativa for apenas “Pterígio ou carnosidade”, solicitar relatório médico para autotransplante de conjuntiva.

Classificar o pterígio em relação ao grau de invasão corneana e justificar a indicação do AUTOTRANSPLANTE DE CONJUNTIVA no paciente em questão.

7.4.1 Curva Tensional

Critérios de Indicação para a Curva Tensional Diária – Binocular (41301129):

Consiste em várias medidas da pressão intraocular durante o dia (geralmente de 3 em 3 horas).

Está indicado na suspeita diagnóstica de glaucoma (histórico familiar; P10 elevada ou limítrofe; escavação do nervo ótico aumentado, alterações campimétricas sugestivas).

Está indicado também nos casos já diagnosticados, para avaliação da efetividade terapêutica. Pode ser realizado apenas durante o dia, em regime ambulatorial.

7.4.2 Campimetria

Critérios de Indicação para a Campimetria Manual – Monocular (41301072) e Campimetria Computadorizada – Monocular (40103137):

Consiste na quantificação da área espacial (campo visual periférico e central), percebida pelo olho (retina extrafoveal). Avalia a função das vias óticas desde os elementos sensoriais

dos cones e bastonetes, até o córtex visual.

Sua mais frequente indicação é o glaucoma, tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento (evolução). Está também indicado para doenças da coroide (coroide, tumores); doenças da retina (oclusões vasculares, degeneração macular servil, retinose pigmentar dentre outras); doenças do nervo ótico (papiledema, papilite); intoxicação por metanol; doenças neurológicas que envolvem as vias óticas.

A área no espaço percebida pelo olho é chamada campo visual. Os campos visuais são examinados para diagnosticar doença inicial, ou para localizar lesões dentro do sistema visual e para acompanhar a progressão destas lesões com tempo.

7.4.3 Motilidade Ocular

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA O EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTÓPTICO) – BINOCULAR (41301200):

Esse exame deve ser realizado de maneira sumaria, em todos os pacientes em consultas oftalmológica, estando o seu pagamento incluso na consulta. Porém há casos onde existe a necessidade da realização desse exame de maneira mais detalhada, nos pacientes portadores de estrabismo, por exemplo. Devendo ser solicitado através de relatório médico.

7.4.4 Eletro-retinografia

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA O EXAME DE ELETRO-RETINOGRRAFIA – MONOCULAR (40103250):

Exame que avalia a parte funcional da retina (função das diversas camadas retinianas), através de emissão de impulsos elétricos. Geralmente realizado por neurofisiologista. Está indicado no suspeito de cegueira parcial ou total das cores; como auxílio no diagnóstico das patologias de origem hereditária; toxicidade medicamentosa (cloroquino, quinino) esiderose.

7.4.5 Eletro-oculografia

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA O EXAME DE ELETRO-OCULOGRAFIA – MONOCULAR (40103242):

Esse exame registra o potencial de repouso das camadas da retina. Auxilia no diagnóstico de doenças degenerativas; doenças vasculares da retina. Avalia o estado funcional da retina.

7.4.6 Estudo do Potencial Evocado

Crterios de Indicaço para o Exame de Potencial visual evocado - binocular (PEV) Monocular (40103633):

O potencial visual evocado e a resposta eltrica do crtex a estimulao visual. Est indicado na avaliao de pacientes no cooperativos ou inconscientes; na deteco e diagnostico de doenas do nervo tico. Utl tambm na avaliao da funo quiasmatica; deteco da perda visual no orgnica; no diagnostico de doena do nervo tico.

7.4.7 Mapeamento de Retina

Crterios de Indicaço para o Exame de Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – monocular (50010093) e Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – binocular (41301250):

Exame da retina que oferece melhor avaliao da periferia retiniana. Est indicado para avaliao e diagnostico das patologias da retina e do nervo tico, tais como: estudo da escavaco do nervo tico no glaucoma; doenas da macula principalmente Degenerao Macular Relacionada a Idade (DMRI), retinopatia hipertensiva; retinopatia diabtica; deslocamento de retina; buraco macular; altas miopias; pr-operatrio de facectomia; conio-retinites; retinose pigmentar; edema macular; distrofias retinianas; neurite ptica, dentre outras.

7.4.8 Oftalmodinamometria

Crterios de Indicaço para o Exame de Oftalmodinamometria – monocular (41301277):

Trata-se da mediao da presso do sistema arterial retiniana. Importante na doena oclusiva

das carótidas.

7.4.9 Retinografia (Simples/ Digital/ Colorido)

Critérios de Indicação para o Exame de Retinografia Monocular (41301315) e Eletro-Retinografia – Monocular (40103250):

Exame realizado através do método de imagens, que permite fotografar o fundo do olho e assim identificar as alterações existentes, como também avaliar sua evolução. Utilizada para a avaliação do nervo ótico no glaucoma e também uma parte complementar do exame de angiografia retiniana.

7.4.10 Retinografia Fluorescente (Angiofluoresceinografia)

Critérios de Indicação para o Exame de Angiofluoresceinografia – Monocular (41301013):

Esse exame permite o estudo da circulação retiniana e da coroide, auxiliando de maneira mais precisa o diagnóstico, orientando a terapêutica com laser e é um exame importante para a avaliação da evolução de doenças corioretinianas e do nervo óptico.

7.4.11 Tonometria

Critérios de Indicação para o Exame de Tonometria – Binocular (41301323):

É a medida da pressão ocular. A mais utilizada e a tonometria de aplanção. Pode ser complementada com teste de provocação do glaucoma e nesse caso será autorizado o mesmo código da tonometria, com o estudo da variabilidade de área (curva de tensional diária) e com o estudo da hidrodinâmica do humor aquoso (tonografia).

A tonometria somente poderá ser cobrada de beneficiários com idade inferior a 40 anos quando houver histórico familiar de glaucoma congênito ou escavação pupilar muito alargada e/ou modificações frequentes de refração ocular em curto prazo.

7.4.12 Visão Subnormal

Critérios de Indicação para o Exame de Visão Subnormal – Monocular (41301366):

Método que avalia, através de auxílios ópticos, qual a visão útil do paciente e o melhor meio de aproveitar a visão residual. É utilizado para diagnóstico e orientação de auxílios ópticos ou não ópticos para pacientes com visão subnormal. Está indicado na degeneração macular de qualquer etiologia.

7.4.13 Biometria Ultrassônica (Ecobiometria)

Critérios de Indicação para o Exame de Biometria Ultra-Sônica – Monocular (41501012):

Trata-se de um exame realizado pelo biômetro que é aparelho que mede o olho através de uma sonda que emite raios de ultrassom, dando a informação do grau da lente a ser utilizada em uma cirurgia de catarata; controle do glaucoma congênito e alterações refrativas em crianças.

7.4.14 Paquimetria

Critérios de Indicação para o Exame de Paquimetria Ultra-Sônica – Monocular (41501128):

Exame que mede, através de ultrassom, a espessura corneana para verificar a presença ou não de edema. Na ocorrência de patologias que podem alterar a espessura da córnea, como a ceratocone, em que a córnea fica mais afilada, a paquimetriacorneana pode ser útil tanto no diagnóstico de patologias, quanto no acompanhamento dos resultados do tratamento instituído e da evolução da doença. Indicada também na Distrofia de Fuchs, usuários de lentes de contato e outros, e de diversas outras patologias que podem diminuir a espessura corneana (ectasiascorneanas periféricas, etc.).

A paquimetria deverá ser realizada somente uma vez, e só é justificada no primeiro exame, a fim de diagnosticar o glaucoma.

7.4.15 Microscopia Especular da Córnea

Critérios de Indicação para o Exame de Microscopia Especular de Córnea – Monocular (41301269):

Consiste em avaliar a quantidade de células do endotélio corneano, bem como suas características de forma e tamanho. Indicado em todo pré-operatório de cirurgia intraocular do segmento anterior, avaliação e acompanhamento de patologias endoteliais, acompanhamentos de implantes intraoculares de câmara anterior e transplante decórnea.

7.4.16 Ultrassonografia Diagnóstica

Critérios de Indicação para o Exame de Ultrassonografia Diagnóstica – Monocular (40901530):

A ecografia auxilia na diferenciação de tumores orbitários e, algumas vezes, substitui a oftalmoscopia quando opacificações dos meios oculares impedem a visualização do fundo do olho. Existem dois métodos principais de ultrassonografia: A-scan e B-scan.

Ultrassonografia B – exame ultrassonográfico que apresenta a imagem do perfil do olho, revelando internamente sua anatomia. O método é fundamental para exame das estruturas intraoculares e retro-orbitárias quando os meios são opacos (por exemplo, catarata).

É utilizado no diagnóstico de doenças intraoculares de vítreo, retina e coróide, e tem como indicações: baixa da acuidade visual com turvação dos meios transparentes; patologias vítreas (corpos asteroides, corpo estranho, hemorragias, membranas, sinquise); descolamento de retina, e, ou, coróide; patologias orbitárias (tumores, doença de Graves, traumas); patologias do nervo ótico (neurites, tumores). Ultrassonografia A (A-scan) – é um raio de som que atravessa os tecidos e o eco é refletido de acordo com a densidade dos meios encontrados. Tem o mesmo efeito e as mesmas indicações da ultrassonografia B, com a diferença de apresentar o resultado em ondas. Seu traçado é semelhante ao de um eletrocardiograma.

Ultrassonografia Orbitária – outro tipo de exame que, por meio do estudo das estruturas ao

redor e atrás o globo ocular, verifica a existência de anormalidades tais como: tumores, traumatismo ou corpo estranho. Possui as mesmas indicações da ultrassonografia A e B.

A ultrassonografia é também indicada em toda patologia em que seja impossível, por conta da diminuição da transparência dos meios, investigar, o segmento posterior do olho. Assim, pacientes portadores de catarata, hemorragia vítrea e leucomas corneanos, podem ter indicação de US.

Não serão autorizados, concomitantemente, os exames de Ultrassonografia Diagnóstica e Mapeamento de Retina, pois se trata de um contrassenso. Se é possível realizar o Mapeamento de Retina, implica que o segmento posterior pode ser visualizado.

7.4.17 Gonioscopia

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA O EXAME DE GONIOSCOPIA – BINOCULAR (41301242):

Trata-se da avaliação do ângulo trumento óptico especializado (gonioscópio) ou de uma lente de contato prismático. Examina o angulo da câmara anterior (estruturas entre a íris periférica e a córnea, incluindo o trabeculado através do qual o humor aquoso deixa o olho). É especialmente importante para a avaliação de casos suspeitos de glaucoma (basicamente para diferenciar casos de angulo estreito de casos de angulo aberto), para estudos de tumores na íris, de trauma ocular ou suspeita de outras anormalidades.

7.4.18 Acuidade Visual

CrITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA O EXAME DE POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL – MONOCULAR (41301307):

Exame que avalia o potencial de visão do paciente em presença de meios opacos (catarata, leucomas). É realizado, principalmente, em pacientes que irão submeter-se a cirurgia de catarata (pré-operatório de facectomia) e ceratoplastia, para indicar ou contraindicar a cirurgia.

7.4.19 Ceratoscopia Computadorizada

Critérios de Indicação para o Exame de Ceratoscopia Computadorizada – Monocular (41301080):

É o exame por meio do qual pode ser realizada uma análise qualitativa (regularidade e simetria do astigmatismo) e quantitativa (curvatura) do astigmatismo corneano, porém somente se este for irregular e, mesmo assim, se não houve melhora da visão com o uso de lentes corretivas. Está indicado ainda no cálculo da lente de contato e de lentes intraoculares, nas suspeitas de ceratocone, no pré-operatório de cirurgia refrativa e de catarata no pós-operatório de cirurgia refrativa e no controle de retirada de pontos transplante de córnea. Com este exame é possível detectar lesões na cabeça do nervo ótico mais precocemente do que no exame comum de fundo de olho, já que mínimos sinais de agravamento são identificados pelo aparelho.

7.4.20 Tomografia de Coerência Óptica

Critérios de Indicação para o Exame de Tomografia de Coerência Óptica (41501144):

Acompanhamento de pacientes em tratamento ocular quimioterápico, pacientes com edema macular secundário à degeneração macular relacionada à idade (DMRI), retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina (OVC) e oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC), incluindo o exame inicial realizado antes do início do tratamento antiangiogênico; Acompanhamento e confirmação diagnóstica das seguintes patologias retinianas: edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa); edema macular diabético; buraco macular; membrana neovascular sub-retiniana (que pode estar presente em degeneração macular relacionada à idade, estrias angióides, alta miopia, tumores oculares, coroidopatia serosa central); membrana epirretiniana; distrofias retinianas. Acompanhamento realizado a cada 90 (noventa) dias para pacientes em tratamento com antiangiogênico.

7.5 Diagnose em Pneumologia

7.5.1 Espirometria

As avaliações da função respiratória estão limitadas a 30% do total de consultas realizadas, e limitadas a especialidade (autogerados).

Critérios de Indicação para o Exame de Prova de Função Pulmonar Completa (ou Espirometria) (40105075):

- I. Identificação/Diagnóstico de doença com envolvimento pulmonar;
- II. Tabagismo crônico;
- III. Avaliação periódica de trabalhadores expostos à fatores de risco ocupacionais;
- IV. Doenças pulmonares restritivas (Ex.: Asma; Bronquiectasia);
- V. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- VI. Doenças intersticiais difusas;
- VII. Avaliação de incapacidade pulmonar;
- VIII. Avaliação pré-operatória (rotina em todo candidato a ressecção pulmonar).

Não pagar a Oximetria Não Invasiva (41401514) quando realizada durante consulta com pneumologista.

As Nebulizações (20104235) somente serão pagas em caráter de internação, exceto nas urgências (crises asmáticas) em hospitais. Nebulização inclui toda medicação broncodilatadora e demais insumos e gases utilizados para a administração da mesma, não devendo serem pagos separadamente.

7.6 Diagnose em Gastroenterologia

7.6.1 Endoscopia

Os valores das endoscopias, diagnósticas ou intervencionistas, referem-se a honorários médicos e custos operacionais. Quando realizadas em paciente internado, os custos operacionais serão liberados para o prestador do serviço (Ex.: hospital).

Se houver o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente à 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal, mediante justificativa, autorização e comprovação da presença deste profissional durante o procedimento.

Não há pagamento diferenciado de honorários médicos para vídeoendoscopia.

7.6.2 Colangiopancreatografia Retrograda Endoscópica – CPRE

A CPRE (40201074) tem como objetivo a visualização das vias biliares sob o ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

Para sua autorização, deve ser apresentado exame de imagem que comprove a dilatação da via biliar e a lista do material necessário para a tomada das cotações juntamente com a guia de internação.

7.6.3 Colonoscopia

A Colonoscopia (40201082) consiste na visualização endoscópica de todo o intestino grosso até o ceco. Deve ser executado em ambiente hospitalar ou em regime ambulatorial com autorização prévia.

Quando não é atingido o ceco, o exame não é considerado completo e será remunerado de acordo com a extensão da área examinada (Retossigmoidoscopia Flexível – 40202682 ou Retossigmoidoscopia Rígida - 40202739).

Se houver o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente à 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal, mediante justificativa, autorização e comprovação da presença deste profissional durante o procedimento.

7.6.4 Papilotomia Endoscópica

A Papilotomia Endoscópica (para Retirada de Cálculos Coledocianos ou Drenagem Biliar) (40202518) é a dilatação e dissecação da papila realizada por diatermia e tem indicação quando há obstrução das vias biliares, orgânica ou mecânica. Segue o mesmo fluxo de liberação da CPRE.

7.6.5 Polipectomia

Polipectomia de Cólon (independente do número de pólipos) (40202542) e Polipectomia do Esôfago, Estômago ou Duodeno (independente do número de pólipos) (40202550).

Paga-se as ressecções dos pólipos, sendo necessário exame anatomopatológico.

Exames endoscópicos para avaliação da efetividade do tratamento, somente após 90 dias do exame inicial. As exceções devem ter justificativa médica.

7.6.6 Biopsias ou Citologia (Endoscopia Alta ou Baixa)

Procedimento único, mesmo quando realizadas múltiplas biopsias (ver plural na discriminação do procedimento).

Procedimento único independente do número de fragmentos.

7.6.7 Endoscopia Per-Oral

Quando os procedimentos de Laringoscopia, Traqueoscopia e Broncoscopia, forem realizados sequencialmente, será remunerado apenas o ato de maior valor (Broncoscopia).

Quando for realizado um procedimento terapêutico, não será remunerado à parte o procedimento diagnóstico, os procedimentos terapêuticos, já incluem o procedimento

diagnóstico.

7.6.8 Laringoscopia Direta (Videolaringofibrosopia e Videolaringoscopia)

Exames realizados ambulatorialmente, com anestesia tópica, utilizando-se aparelhos flexíveis e/ou rígidos de fibra ótica, monitor de vídeo e um aparelho de vídeo.

Está indicada para doenças da hipofaringe, base da língua (cordas vocais) e muito utilizada em rouquidão de profissionais como professores.

8. HEMOTERAPIA

Poderá ser autorizada para realização ambulatorial e hospitalar, mediante solicitação médica devidamente justificada e autorização prévia.

Por PROCEDIMENTO, entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO e Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.

8.1 Uso de Filtros de Leucocitários

Usar nos pacientes que apresentam reações frequentes a Concentrado de Hemácias e Concentrado Plaquetas e como profilaxia da aloimunização em pacientes que receberão hemoderivados a longo prazo.

8.2 Autotransusão

Pacientes que vão a cirurgias eletivas e que se enquadram nos critérios da AUTODOAÇÃO, farão a doação prévia e no ato cirúrgico serão transfundidos com seu próprio sangue.

8.3 Exames Pré-transfusionais

Prova de compatibilidade maior (Concentrado Hemácias). Prova de compatibilidade menor (ao transfundir plasma).

9. MEDICINA LABORATORIAL

Não serão aceitos, nem transcritos, exames solicitados por Nutricionista.

Não é permitida a cobrança de materiais descartáveis (luvas e taxa de coleta) a parte, considerando que estes são integrantes da remuneração de cada exame.

Não deverão ser requisitados (autorizados) exames complementares por indicação do laboratório.

9.1 Solicitação de Exame Laboratorial em Regime Eletivo

- I. Serão autorizados 50 (cinquenta) exames laboratoriais, por beneficiário(a), a cada semestre (período de seis meses), respeitando as periodicidades estabelecidas em Portaria;
- II. Para o beneficiário(a) que se encontrar em uma das condições a seguir, as solicitações de exame Extra-Período serão avaliadas pela Auditoria em Saúde, na sede do IPM:
 - a) Beneficiário(a) em tratamento oncológico;
 - b) Beneficiário(a) em tratamento de hemodiálise;
 - c) Gestante;
 - d) Pré-operatório;
 - e) Beneficiário assistido pelo Programa IPM Lar.

Os demais casos deverão seguir as condições estabelecidas no **item I**.

9.2 Solicitação de Exame Laboratorial na Urgência/Emergência

I. Nas urgências/emergências hospitalares, serão autorizados os exames laboratoriais descritos nas seguintes condições clínicas:

a) Análise Clínica Geral: Hemograma Completo, Sumário de Urina, PCR Qualitativo, Glicemia, Ureia, Creatinina, Gasometria Arterial, Amilase, Lipase, Sódio, Potássio, Cálcio, TGO e TGP, Beta-Hcg

b) Cardiologia: Hemograma Completo, Sumário de Urina, PCR Qualitativo, Glicemia, Ureia, Creatinina, Gasometria Arterial, Sódio, Potássio, Cálcio, *Troponina, CKMB, D-Dímero, CPK;*

c) Obstetrícia: Hemograma Completo, Sumário de Urina, Glicemia, Ureia, Creatinina, TGO, TGP, *Proteínas Totais e Frações, BT e frações, LDH, Beta-Hcg.*

9.3 Culturas

9.3.1 Urina e Hemocultura

Cultura, Urina com contagem de colônias (40310213) e Hemoculturas (40310248, 40310426, 40310035) incluem Antibiograma quando necessário, não devendo ser remunerado separadamente.

9.3.2 Outros Materiais Biológicos

Culturas com Antibiograma para secreções de ouvido, nariz e olho, quando solicitado bilateral, pagar apenas 01 (um) exame.

9.4 Hemograma

O Hemograma Completo (hemograma com contagem de plaquetas ou frações (eritograma, leucograma, plaquetas) (40304361) inclui a avaliação de plaquetas, não devendo este ser remunerado separadamente.

9.5 Avidéz de IgG para Toxoplasmose

A Aidez de IgG para Toxoplasmose, Citomegalia, Rubéola, EB e Outros, Cada (40306461) para gestantes com sorologia IgM positiva para toxoplasmose, será autorizada quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- I. Quando o resultado do IgM for maior que 2;
- II. Quando o resultado do IgM estiver entre 1 e 2 na primeira testagem e aumentar na segunda testagem, realizada após intervalo de 3 a 4semanas.

9.6 Dímero-D

Critérios de indicação do exame de Dímero-D (40304906):

- I. Avaliação de pacientes adultos com sinais e sintomas de trombose venosa profunda dos membros inferiores;
- II. Avaliação hospitalar ou em unidades de emergência de pacientes adultos com sinais e sintomas de embolia pulmonar.

9.7 Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução

Critérios de indicação do exame de Eletroforese de Proteínas de Alta Resolução (40302717):

- I. Investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

9.8 Imunofixação

Critérios de indicação do exame de Imunofixação - Cada Fração (4.03.02.72-5):

- I. investigação do mieloma múltiplo, plasmocitoma, gamopatia monoclonal e outras doenças imunoproliferativas.

9.9 Proteinúria de 24 Horas

Microalbuminúria (40311171) será paga conforme Pesquisa ou Dosagem de um componente urinário.

9.10 IgE Rast

Os testes alérgicos Rast ou dosagem de IgE são realizados no sangue.

Somente serão pagas quando autorizadas previamente pela Auditoria Médica e no máximo 12 (doze) dosagens por paciente.

Devem ser utilizados os códigos IgE, Total (40307271), Imunoglobulina (IgE) (40316343), IgE, R Alérgeno, Cada (Cada) (40307263) e IgE, Gru Específico, Cada (40307255) de acordo com o número no máximo 12 (doze) dosagens por paciente.

São justificativas plausíveis para rast: dermatografismo – impossibilita testes cutâneos; crianças na primeira infância (0 a 7 anos); dermatite atópica – impossibilita testes cutâneos; investigação de urticária.

9.11 Genética

Exame para comprovação de paternidade não possui cobertura contratual.

10. TERAPIAS

As liberações das sessões serão feitas diretamente no prestador, via Sistema, e os casos excepcionais serão submetidos à avaliação da equipe de Monitoramento e da Auditoria do IPM Saúde.

10.1 Acupuntura

Critérios para autorização de Sessão de Acupuntura (Por Sessão) (31601014):

Os procedimentos incluem todo material descartável ou não, necessários à realização do procedimento.

As sessões de Fisioterapia e Acupuntura NÃO poderão ser autorizadas concomitantemente para a mesma patologia do beneficiário.

O atendimento de Acupuntura tem a duração mínima de trinta (30) minutos por sessão.

Para continuidade do tratamento faz-se necessário o relatório de evolução e pedido de continuidade do tratamento e as datas das sessões a serem realizadas. Protocolo interno utilizado no caso de perícia, junto com o relatório do acupunturista.

Solicitação médica (especialidade médica pertinente ao problema de saúde do paciente), devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante, válida por 30 dias.

Cobertura/Periodicidade:

Cobertura de **20 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo sendo 01 guia com 04 sessões a cada 30 dias, com sessões realizadas a cada 07 dias;

Procedimentos associados à Acupuntura e incluídos na sessão:

- I. Eletroacupuntura;
- II. Auriculoterapia de permanência;
- III. Terapia por moxabustão;
- IV. Terapia de infiltração de fármaco em ponto de acupuntura.

10.2 Fisioterapia

10.2.1 Fisioterapia Ambulatorial

Critérios para autorização de Sessões de Fisioterapia Ambulatorial:

Solicitação médica (ortopedista, psiquiatra, neurologista, clínico, pediatra, e especialidades médicas pertinentes com o problema de saúde do paciente), devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante, válida por 30 dias.

As liberações das sessões serão feitas diretamente no prestador, via Sistema, e os casos excepcionais serão submetidos à avaliação da equipe de Monitoramento e da Auditoria do IPM.

O atendimento fisioterapêutico é individual e tem duração mínima de de 30 (trinta) minutos por sessão.

I. Fisioterapia Neurológica (25020625):

Teto máximo de **48 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo 01 guia com 12 sessões a cada 30 dias, com validade de 60 (sessenta) dias.

CÓDIGOS/DIAGNÓSTICOS - NEUROLOGIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA
2.01.03.02-6	Amputação Bilateral (preparação do coto e treinamento protético)
2.01.03.04-2	Amputação Unilateral (preparação do coto e treinamento protético)
2.01.03.07-7	Ataxia
2.01.03.11-5	Atividade Reflexiva ou Aplicação de Técnica Cinesioterápica Específica
2.01.03.20-4	Distrofia Simpático-Reflexiva
2.01.03.26-3	Hemiparesia

2.01.03.27-1	Hemiplegia
2.01.03.29-8	Hipo ou Agenesia de Membros
2.01.03.31-0	Lesão Nervosa Periférica Afetando mais de um Nervo com Alterações Sensitivas e/ou Motoras
2.01.03.32-8	Lesão Nervosa Periférica Afetando um Nervo com Alterações Sensitivas e/ou Motoras
2.01.03.34-4	Miopatias
2.01.03.42-5	Paralisia Cerebral
2.01.03.44-1	Paraparesia/Tetraparesia
2.01.03.45-0	Paraplegia/Tetraplegia
2.01.03.46-8	Parkinson
2.01.03.47-6	Patologia Neurológica com Dependência de AVD's
2.01.03.68-9	Retardo do Desenvolvimento Psicomotor

II. Fisioterapia Respiratória (25040065):

Teto máximo de **36 sessões**, (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo 01 guia com 12 sessões a cada 30 dias, com validade de 60 (sessenta) dias;

CÓDIGOS/DIAGNÓSTICOS - RESPIRATÓRIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA
2.01.03.06-9	Assistência Fisioterapêutica Respiratória em Pré e Pós-Operatórios de Condições Cirúrgicas
2.01.03.22-0	Doenças Pulmonares Atendidas em Ambulatório
2.01.03.36-0	Paciente com DPOC em Atendimento Ambulatorial

III. Fisioterapia Reumatológica, Traumatológica e Ortopédica (25060201)

Teto máximo de **48 sessões**, (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo 01 guia com 12 sessões a cada 30 dias, com validade de 60 (sessenta) dias.

CÓDIGOS/DIAGNÓSTICOS – REUMATOLOGIA, TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA
--------	--------------

2.01.03.18-2	Desvios Posturais da Coluna Vertebral
2.01.03.48-4	Patologia Osteomioarticular em Um Membro
2.01.03.49-2	Patologia Osteomioarticular em Dois ou Mais Membros
2.01.03.50-6	Patologia Osteomioarticular em Um Segmento da Coluna
2.01.03.51-4	Patologia Osteomioarticular em Diferentes Segmentos da Coluna e Membros
2.01.03.53-0	Recuperação Funcional Pós-Operatória ou por Imobilização da Patologia Vertebral
2.01.03.65-4	Recuperação Funcional de Distúrbios Craniofaciais (DTM)
2.01.03.66-2	Recuperação Funcional Pós-Operatória ou Pós-Imobilização Gessada de Patologia Osteomioarticular com Complicações Neurovasculares Afetando Um Membro
2.01.03.67-0	Recuperação Funcional Pós-Operatória ou Pós-Imobilização Gessada de Patologia Osteomioarticular com Complicações Neurovasculares Afetando Mais de Um Membro
2.01.03.69-7	Sequela de Traumatismos Torácicos e Abdominais

IV. Fisioterapia Cardiovascular (25070088)

Teto máximo de **36 sessões**, (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo 01 guia com 12 sessões a cada 30 dias, com validade de 60 (sessenta) dias.

CÓDIGOS/DIAGNÓSTICOS – CARDIOVASCULAR

CÓDIGO	NOMENCLATURA
2.01.03.21-2	Distúrbios Circulatórios Arteriovenosos e Linfáticos
2.01.03.37-9	Paciente em Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas
2.01.03.38-7	Paciente com Doença Isquêmica do Coração

V. Fisioterapia Uroginecológica (Reabilitação Perineal Com Biofeedback) (20103646):

Teto máximo de **20 sessões**, (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, para beneficiários submetidos à cirurgia oncológica do aparelho genital e/ou urinário.

10.2.2 Fisioterapia Hospitalar

Critérios para autorização e cobrança das Sessões de Fisioterapia Hospitalar:

Solicitação médica, devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante.

As liberações das sessões serão feitas diretamente no prestador, via Sistema, e os casos excepcionais serão submetidos à avaliação da equipe de Auditoria do IPM.

É facultado ao Auditor, a título de esclarecimentos para autorizar o tratamento, solicitar exames, relatórios detalhados.

O atendimento fisioterapêutico é individual;

As sessões não terão o acréscimo de 30% na cobrança de honorários especiais;

A cobrança dos honorários deverá ser feita através da conta hospitalar para os pacientes hospitalizados.

São pré-requisitos obrigatórios para pagamento dos procedimentos à nível hospitalar: solicitação médica, guia de autorização emitida via sistema, assim como faz-se necessário a auditoria em prontuário.

I. Respiratória

- a)** Assistência Fisioterapêutica Respiratória em Doente Clínico Internado (920203047).

II. Motora

- a)** Patologia Neurológica com Dependência de Avd's (20103476);
- b)** Atividade Reflexa ou Aplicação de Técnica Cinesioterápica Específica

(20103115);

c) Retardo no Desenvolvimento Psicomotor (920103689).

Cobertura/Periodicidade:

I. Em UTI:

Máximo de 2 sessões por dia/UTI, sendo 2 sessões respiratória e/ou 2 sessões motora.

II. Em Enfermaria:

Máximo de 1 sessão por dia/enfermaria, sendo 1 sessão respiratória e/ou 1 sessão motora.

Procedimentos não cobertos pelo IPM:

Osteopatia;

RPG;

Hidroterapia;

Hidroginástica;

Fisioterapia para fins estéticos;

Pilates.

10.3 Fonoaudiologia

Critérios para autorização de Sessões de Fonoaudiologia:

Solicitação médica (otorrinolaringologista, clínico geral, cirurgião de cabeça e pescoço, neurologista e pediatra), devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante, válida por 30 dias.

O atendimento fonoaudiológico é individual e tem duração mínima de de 30 (trinta) minutos por sessão;

Para os casos de Tratamento de voz (Disfonia), é necessária a apresentação de Exame Laringoscópico (Nasofibroscopia ou Laringoscopia Direta).

10.3.1 Sessão de Terapia Fonoaudiológica Individual 1 (64000133)

Cobertura de **24 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
- II. pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
- III. pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
- IV. pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
- V. dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
- VI. pacientes com apnéia de sono (G47.3);
- VII. pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
- VIII. pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
- IX. pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
- X. pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

10.3.2 Sessão de Terapia Fonoaudiológica Individual 2 (64000214)

Cobertura de **40 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);
- II. pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem:
 - a) CID F80 – Transtorno da fala e da linguagem;

- b)** CID F80.1 – Transtorno expressivo de linguagem;
 - c)** CID F80.2 – Transtorno receptivo da linguagem;
 - d)** CID F80.9 – Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem.
- III.** pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);
- IV.** pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: disartria e anartria; apraxia e dislexia:
 - a)** CID R47.1 – Disartria;
 - b)** R48.2 – Apraxia;
 - c)** R48.0 – Dislexia.
- V.** pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal:
 - a)** CID J38.0 – Nódulos das cordas vocais;
 - b)** CID J38.1 – Pólipo das cordas vocais e da laringe;
 - c)** CID J38.4 – Edema da laringe;
 - d)** CID Z96.3 – Presença de laringe artificial;
 - e)** CID D14.1 – Neoplasia benigna da laringe;
 - f)** CID D02.0 – Carcinoma in situ da laringe;
 - g)** CID J 38 – Doenças das cordas vocais e da laringe não classificadas em outra parte;
 - h)** CID J38.3 – outras doenças das cordas vocais;
- VI.** pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;
- VII.** pacientes com portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).

10.4 Psicologia

Critérios para autorização de Sessões de Psicologia:

Solicitação médica (psiquiatra, neurologista, pediatra), devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante, **válida por 30 dias**.

O atendimento psicológico é individual e tem duração mínima de de 30 (trinta) minutos por sessão.

10.4.1 Sessão de Psicoterapia Individual 1 (65000013)

Cobertura de **12 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
- II. pacientes ostomizados e estomizados e que se enquadram nos critérios estabelecidos no Protocolo de Utilização do procedimento: Fornecimento de Equipamentos Coletores e Adjuvantes para Colostomia, Ileostomia e Urostomia, Sonda Vesical de Demora e Coletor de Urina.

10.4.2 Sessão de Psicoterapia Individual 2 (65000021)

Cobertura de **24 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes:

- a) CID F40 – Transtornos fóbicos – ansiosos;
 - b) CID F41 – Outros transtornos ansiosos;
 - c) CID F42 – Transtorno obsessivo- compulsivo;
 - d) CID F43 – Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento;
 - e) CID F44 – Transtornos dissociativos;
 - f) CID F45 – Transtornos somatoformes;
 - g) CID F48 – Outros transtornos neuróticos.
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos:
- a) CID F51 – Transtornos não-orgânicos do sono;
 - b) CID F52 – Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica;
 - c) CID F53 – Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte;
 - d) CID F54 – Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte;
 - e) CID F55 – Abuso de substâncias que não produzem dependência;
 - f) CID F59 – Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas.
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do comportamento e emocionais da infância e adolescência (CID F90 a F98);
- IV. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do desenvolvimento psicológico:
- a) CID F80 – Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem;
 - b) CID F81 – Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares;
 - c) CID F83 – Transtornos específicos misto do desenvolvimento;
 - d) CID F88 – Outros transtornos do desenvolvimento psicológico;
 - e) CID F89 – Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado.
- V. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor:
- a) CID F30 – Episódio Maníaco;
 - b) CID F32 – Episódio Depressivo;
 - c) CID F34 – Transtornos Persistentes do Humor;
 - d) CID F38 – Outros Transtornos do Humor;
 - e) CID F39 – Transtorno do humor não especificado.

- VI.** pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas:
- a)** CID F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
 - b)** CID F11 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos - intoxicação aguda;
 - c)** CID F12 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides;
 - d)** CID F13 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
 - e)** CID F14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;
 - f)** CID F15 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína - intoxicação aguda;
 - g)** CID F16 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
 - h)** CID F17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo;
 - i)** CID F18 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
 - j)** CID F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa.
- VII.** pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos de personalidade:
- a)** CID F60 – Transtornos específicos da personalidade;
 - b)** CID F61 – Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade;
 - c)** CID F62 – Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral;
 - d)** CID F63 – Transtornos dos hábitos e dos impulsos;
 - e)** CID F64 – Transtornos da identidade sexual;
 - f)** CID F65 – Transtornos da preferência sexual;
 - g)** CID F66 – Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação;
 - h)** CID F68 – Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;

- i) CID F69 – Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado.

10.4.3 Sessão de Psicoterapia Individual 3 (65000030)

Cobertura de **32 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes:
 - a) CID F20 – Esquizofrênia;
 - b) CID F21 – Transtorno esquizotípico;
 - c) CID F22 – Transtorno delirante;
 - d) CID F23 – Transtornos psicóticos agudos e transitórios;
 - e) CID F24 – Transtorno delirante induzido;
 - f) CID F25 – Transtorno esquizoafetivo;
 - g) CID F29 – Psicose não-orgânica não especificada.
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31,F33).

10.5 Terapia Ocupacional

Critérios para autorização de Sessões de Terapia Ocupacional:

Solicitação médica (ortopedista, psiquiatra, neurologista, clínico, pediatra, e especialidades médicas pertinentes com o problema de saúde do paciente), devidamente justificada com CID, Data, assinatura e carimbo do médico solicitante, **válida por 30 dias**.

O atendimento terapêutico ocupacional é individual e tem duração mínima de de 30 (trinta) minutos por sessão.

10.5.1 Sessão de Terapia Ocupacional Individual - (67000001)

Cobertura de **24 sessões** (a cada 365 dias a contar da realização da primeira sessão), sendo realizada uma sessão por semana, quatro sessões por mês, quando o diagnóstico for referente a um dos CIDs a seguir:

- I. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de demência (CID F00 à F 03);
- II. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de retardo (CID F70 à F 79);
- III. pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos específicos do desenvolvimento (CID F82; F 83);
- IV. pacientes com disfunções de origem neurológica (CID G00 à G99);
- V. pacientes com disfunções de origem traumato/ortopédica e reumatológica (CID M00 à M99).

11. ANTIANGIOTÍCICOS

11.1 Critérios de elegibilidade

- I. Diagnóstico de Degeneração Macular Relacionada à Idade (DMRI), forma exsudativa, documentado através de exames subsidiários;
- II. Edema macular secundário à retinopatia diabética;
- III. Relatório Médico constando a evolução da acuidade visual com última medida efetuado há menos de 1 mês da indicação do tratamento. Pode ser administrado a idosos sem ajuste de dose;
- IV. Acuidade visual corrigida maior ou igual a 0,05.

11.1.1 Critérios de elegibilidade por tipo de Antiangiogênico

I. **Bevacizumabe:**

- a) DMRI exsudativa;
- b) Edema macular secundário à retinopatia diabética.

II. **Ranibizumabe:**

- a) DMRI exsudativa não responsiva à Bevacizumabe após três aplicações;
- b) Edema macular secundário à retinopatia diabética não responsivo à bevacizumabe após três aplicações.

11.2 Critérios de Inelegibilidade

- I. DMRI na forma seca;
- II. Edema macular secundário à retinopatia diabética com dano estrutural permanente da fóvea, quando não é mais possível a prevenção de mais perda visual;
- III. Alergia (hipersensibilidade) ao antiangiogênico;
- IV. Infecção, ainda que suspeita, no olho ou ao redor deste;
- V. Acuidade visual corrigida menor que 0,05.

11.3 Duração e acompanhamento dos tratamentos

- I. Sua administração é exclusiva do Oftalmologista Retinólogo que deve estar habilitado para o procedimento;
- II. Administração mensal, nos três primeiros meses, com nova avaliação para continuidade ou suspensão;
- III. O intervalo entre 2 doses não deve ser menor que 1 mês;
- IV. Duração máxima de 12 meses para o tratamento, com avaliação de novos exames a cada 3 meses.

11.4. Formas de pagamento

- I. Para pacientes com patologia descrita no protocolo, acometendo um olho, com elegibilidade de uso de Ranibizumabe, será pago um pacote equivalente à posologia prescrita em bula (0,05ml) e os demais insumos deste custo assistencial na forma de pacote;
- II. Para pacientes com patologia descrita no protocolo, acometendo ambos olhos, com elegibilidade de uso de Ranibizumabe, será pago 70% do valor do pacote para o segundo olho;
- III. Para pacientes com patologia descrita no protocolo, com elegibilidade de uso de

Bevacizumabe, será pago 100% do pacote de custo assistencial para um olho e 70% do valor do pacote para o segundo olho;

IV. Os honorários médicos serão remunerados extra pacote.

Itens Pacote de Custo Assistencial:

- a) Medicamentos (incluindo o antiangiogênico);
- b) Gases;
- c) Material descartável;
- d) Taxa de sala;
- e) Taxa de uso de equipamentos;
- f) Taxa de sala de observação.

Os valores de cada pacote constam descritos no Anexo de Pacotes de Diversas Especialidades do IPM descritos nos editais vigentes.

12. ONCOLOGIA

A autorização de quimioterapia oncológica ambulatorial, independente da via de administração e da classe terapêutica, necessita, conforme prescrição médica, ser administrado sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de saúde.

A quimioterapia deverá ser solicitada por profissional formado em Oncologia Clínica.

Serão autorizados medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral, respeitando os protocolos de oncologia preconizados pelo IPM.

Não terão aceite técnico, nem autorização administrativa para pagamento, os tratamentos oncológicos experimentais, aqueles em fase III ou os não amplamente aceitos pelas sociedades de especialidades, assim como as indicações "*off label*" e a medicação antiemética, de pré-quimioterapia não concordante com o risco emetogênico inerente a cada

quimioterápico.

Os Serviços de Oncologia, isolados ou não, devem apresentar a Equipe de Cuidados Paliativos, cuja composição é definida pela Portaria n° 741, de 19 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde; no momento da apresentação, deve ser entregue uma declaração da qual constem os nomes e os respectivos números de registro de classe dos profissionais que compõe a Equipe, assim como o hospital de retaguarda referência do IPM.

Os Serviços de Oncologia, isolados ou não, devem apresentar declaração que comprove vínculo com Registro Hospitalar de Câncer e assumir o compromisso de adotar o Prontuário Único, conforme dispõe a Portaria n° 741, de 19 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde.

Os Serviços de Oncologia, isolados ou não, devem indicar o Pronto Atendimento 24 horas para o qual o paciente será encaminhado durante as intercorrências clínicas relacionadas ao tratamento oncológico ou aos cuidados paliativos, no prazo de 15 (quinze) dias após a assinatura do contrato; em caso de internação, deve ser assegurada a mesma rotina.

O responsável final pelo paciente sempre será o Serviço de Oncologia de origem. Caso se façam necessários outros serviços complementares, estes deverão acontecer de forma acordada com o Serviço de Origem.

O IPM pode, a qualquer tempo, solicitar aos prestadores a entrega de relatório de atendimento de seus usuários e Folhas de Gasto; nestes relatórios devem constar o número de matrícula, as iniciais do nome, a data da 1ª (primeira) consulta e do 1º (primeiro) tratamento junto àquele prestador, o esquema de quimioterapia inicialmente executado (se for o caso), a indicação da CID-10, o estado do paciente e se o mesmo é atendido pela Equipe de Cuidados Paliativos.

O IPM poderá solicitar a cópia da estatística anual de câncer enviada ao Instituto Nacional do Câncer de seus usuários.

12.1 Lista de Medicamentos Oncológicos Cobertos pelo IPM Saúde, conforme

Patologias e Regimes

PATOLOGIA	MEDICAMENTO	REGIME
PROSTATA	Análogo de LHRH	-
	Docetaxel	-
	Abiraterona	1. Metastático resistente à castração que são assintomáticos ou levemente sintomáticos, após falha à terapia de privação androgênica; 2. Avançado metastático resistente à castração e que receberam quimioterapia prévia com docetaxel.
	Navelbine oral, Ciclofosfamida oral, Mitoxantrona, Doxorubicina, Etoposide, Paclitaxel, Carboplatina	-
	Ácido Zoledrônico	Osteopenia em uso hormonal e ou Metastase óssea.
	Ondasetrona, corticóides e metoclopramida	
MAMA	Ciclofosfamida	1. Leucemias sem especificação de fase da doença; 2. Linfomas sem especificação de fase da doença; 3. Mama sem especificação de fase da doença; 4. Micose Fungóide Estágios avançados Mieloma Múltiplo Sem especificação de fase da doença; 5. Neuroblastomas em pacientes com disseminação; 6. Ovário sem especificação de fase da doença; 7. Retinoblastomas.
	Doxorubicina	-
	Docetaxel/Paclitaxel,	-

Carboplatina	
Trastuzumabe/Pertuzumabe	Trastuzumabe: HER2 + Pertuzumabe para tratamento do câncer de mama HER2 positivo metastático em primeira linha de tratamento HER2 = 3+ .
Tamoxifeno/ Inibidor de Aromatase	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo.
Capecitabina	Câncer de mama metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações.
Bevacizumabe	-
Eribulina	-
Gemcitabina	-
Fulvestranto	-
Everolimo	1. Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano; 2. Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas; 3. Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno.
T-DM1	Progressão após o uso de trastuzumabe em primeira linha.
Lapatinibe	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou

		letrozol.
	Navelbine oral	1. Carcinoma de pulmão não pequenas células; 2. Carcinoma de mama.
	Acido Zoledrônico	Osteopenia e ou Metastase óssea.
	Ondasetrona, corticóides e metoclopramida	-
MELANOMA	*Interferon alfa	-
	Dacarbazina	-
	Nivolumab3mg/kg	(Monoterapia)
	Ipilimumab3mg/kg	(Monoterapia)
	Vemurafenibe	(Monoterapia)
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida.	-
CABEÇA E PESCOÇO	Cisplatina	-
	Carboplatina	-
	Paclitaxel	-
	Docetaxel	-
	5-fluoracil	-
	Cetuximabe	Boa performance
	Metotrexato/Gencitabina/Vinorelbina	-
	Acido Zoledrônico	-
	Ondasetrona, Corticóide ou cloridrato de metoclopramida.	-
BEXIGA	M-VAC(Metotrexato/Vimblastina/Doxorrubicina /Cisplatina)	-
	PCG (Paclitaxel, Cisplatina, Gencitabina)	-
	CG (Cisplatina, Gencitabina)	-
	Carboplatina	-
	BCG	-
COLO DE UTERO	Cisplatina	-
	Caboplatina	-
	Gemcitabina	-
	Bevacizumabe	-
	Paclitaxel	-
	Topotecano	-
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
ESTÔMAGO	Cisplatina100mg/m2	-
	5FU	-

	Epirrubicina	-
	FLOT	-
	CF	-
	Oxaliplatina 85mg/m2	-
	Leucovorin 400mg/m2	-
	Carboplatina	-
	Docetaxel	-
	Irinotecano	-
	Capecitabina	Gástrico: Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina.
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
OVÁRIO	Carboplatina	-
	Paclitaxel	-
	Docetaxel	-
	Bevacizumabe	-
	Doxorrubicina Lipossomal	-
	Gemcitabina	-
	Topotecano	-
	Vinorelbina	-
	Ciclofosfamida	-
	Etoposideo	-
	Tamoxifeno	-
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
PULMÃO	Carboplatina	-
	Cisplatina	-
	Paclitaxel	-
	Pemetrexede	-
	Gemcitabina	-
	Gefitinibe	1. EGFR +. Pulmão não pequenas-células 2. Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; 3. Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrissecável com mutação nos éxons 19 ou 21.

	Pembrolicumabe	PDL>50%
	Bevacizumabe	-
	Nivolumabe	-
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
CÓLON/RETO	5FU	-
	Leucovorin 400mg/m2	-
	Capecitabina	1. Colorretal: Primeira Linha em câncer metastático; 2. Colorretal: Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário.
	FOLFOX	-
	XELOX	-
	FOLFIRI	-
	OPTIMOX	-
	Bevacizumabe	-
	Folfirinox	-
	FLOX	-
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-	
RIM	Pazopanibe	Rim irressecável ou metastático em primeira linha.
	Sunitinibe	Rim irressecável ou metastático em primeira linha.
	Nivolumabe 3mg/kg	-
	Doxorrubicina	-
	Cisplatina	-
	Gencitabina	-
	Carboplatina	-
	Acido Zoledrônico	Metastase óssea
Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-	
TUMOR NEUROENDOCRINO	Lanreotida	Sintomático
	Ácido Zoledrônico	Metastase óssea

TUMOR SNC	Temozolamida	Sistema Nervoso Central Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão.
	Ácido Zoledrônico	Metastase óssea
PANCREAS	Irinotecano	-
	Oxaliplatina	-
	5FU	-
	Leucovorin 400mg/m ²	-
	Gemcitabina	-
	Ácido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
ENDOMÉTRIO	Carboplatina	-
	Paclitaxel	-
	Acetato de megestrol	-
	Tamoxifeno	-
	Ifosfamida	-
	Topotecano	-
	Doxorrubicina Lipossomal	-
	Ácido Zoledrônico	Metastase óssea
	Ondasetrona, corticóides, metoclopramida	-
LINFOMA NÃO HODGKIN	Metotrexato + Citarabina	-
	Rituximab	
	Doxorrubicina	
	Vincristina	-
	Ciclofosfamida	
	Prednisona	
	Etoposideo	-
	Mesna	-
	Ifosfamida	-
	Carboplatina	-
	Gemcitabina	-
	Oxaliplatina	-
	Folinato de cálcio	-
	Bendamustina	Linfoma do Manto recaídos ou refratários
	Metotrezato	-
Leucovorin 400mg/m ²	-	
Cladribina	Céleulas Pilosa	
LINFOMA DE HODGKIN	Doxorrubicina 25 mg/m ² EV 1 e 15 Bleomicina Vinblastina	-

	Dacarbazina	
	Etoposide	-
	Ifosfamida	-
	Carboplatina	-
	Mesna	-
	GCSF	-
MIELOMA MÚLTIPLO	Ácido Zoledrônico	-
	Pamidronato	Função renal alterada
	Bortezomibe	-
	Talidomida	-
	Dexametasona	-
	Ciclofosfamida	-
	Carfilzomibe	Associado a Dexa, recidivado que receberam 1 a 3 tratamentos prévios
	Daratumumab	Protocolo de resgate
	Melfalano	-
LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA	Imatinibe	1. Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) crônica cecém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+; 2. fase crônica; 3. crise blástica; 4. fase acelerada; 5. fase crônica após falha de interferon.
	Nilotinibe	1. Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) crônica; 2. Fase crônica acelerada; 3. Ph+ resistentes ou intolerantes à terapia prévia incluindo imatinibe. 4. Dosar T1315I
	Dasatinibe	1. LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) crônica; 2. Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe.

	Hidroxiureia	1. LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica; 2. Fase crônica.
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA	Metotrxato	-
	Citarabina	-
	Mitoxantrone	-
	Daunorrubicina	-
	Azacidina	-
	Decitabina	-
	Fludarabina	-
	Idarrubicina	-
	Etoposideo	-
LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA	Ácido All-trans retinóico (ATRA)	-
	Idarrubicina	-
	Mitoxantrona	-
	Citarabina	-
	6-mercaptopurina	-
	Metotrexate	-
	Trióxido de Arsênio	Recidivado
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA	Hyper-CVAD	LLA PH Positivo
	Ciclofosfamida	-
	Vincristina	-
	Doxorrubicina	-
	Citarabina	-
LEUCEMIA FINFOCÍTICA CRÔNICA	Fludarabina, ciclofosfamida, rituximabe	-
	Bendamustina	-
	Clorambucila	Pacientes > 65-70 anos e/ou com índice de desempenho limitado

Sobre a referência de valores para pagamento de medicamentos e normas de uso de materiais de alto custo aplicar-se-á o que segue:

- I. Os medicamentos oncológicos cobertos pelo IPM Saúde serão pagos conforme os regramentos contidos no **ANEXO XII – TABELA DE MEDICAMENTOS, SOLUÇÕES PARENTERAIS E OFICINAIS, INSUMOS RADIOATIVOS E CONTRASTES RADIOLÓGICOS DO IPM**, não cabendo ao IPM ingerência de nenhum tipo sobre a natureza do medicamento genérico, biossimilar, referência, similar ou equivalente) a ser usada pelo Serviço; a valoração deve ser a de menor preço, conforme exposto pela Lei

Federal nº 8.666/93, com suas alterações posteriores, e pela Portaria nº 10/2014 publicada no DOM do dia 12 de fevereiro de 2014, Portaria nº 447/2016 publicada no DOM do dia 29 de abril de 2016, Portaria nº 564/2016 publicada no DOM do dia 22 de outubro de 2016, e Portaria nº 25/2017 publicada no DOM do dia 26 de julho de 2017. Será pago o biossimilar ou genérico se tiver referente;

- II. A valoração deve ser a de menor preço, conforme exposto pela Lei Federal nº 8.666/93, com suas alterações posteriores, e pela Portaria nº 10/2014 publicada no DOM do dia 12 de fevereiro de 2014, Portaria nº 447/2016 publicada no DOM do dia 29 de abril de 2016, Portaria nº 564/2016 publicada no DOM do dia 22 de outubro de 2016, e Portaria nº 25/2017 publicada no DOM do dia 26 de julho de 2017;
- III. O IPM seguirá a lista de medicamentos isentos de ICMS para medicamentos oncológicos em vigor desde 1º de março de 2012;
- IV. Todos os quimioterápicos e aqueles que farão parte de futuros tratamentos oncológicos serão pagos conforme fórmula apresentada nos itens a e b, por MILIGRAMA utilizado, conforme prescrição médica e desde que autorizado pela Auditoria do IPM. O IPM restringe-se ao pagamento do MILIGRAMA administrado;
- V. Nos dias da realização dos ciclos quimioterápicos, o peso e a altura para o cálculo da área ou superfície corpórea dos pacientes oncológicos, deverão ser atualizados e registrados em documentos que ficarão disponibilizados para auditoria pós-procedimento, os quais serão referência para o cálculo do MILIGRAMA a ser administrado;
- VI. Para os anti-eméticos, será pago o de menor valor, desde que respeitado hierarquia das classes medicamentosas preconizada em tabela incorporada pelo IPM.
- VII. O uso de equipos e infusores especiais seguirão recomendações do fabricante/IPM. Os infusores necessitam de autorização prévia do IPM;
- VIII. Os honorários médicos referentes às Terapias Oncológicas serão remuneradas da seguinte forma:
 - a) O código 20104294 - Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento, será pago somente no 1º dia de tratamento de cada ciclo (D1), após será pago o código 20104308 - Terapia oncológica - por dia subsequente de tratamento, uma vez a cada 07 (sete) dias.

12.2 Uso do Gama Probe

Trata-se de um equipamento, cabendo apenas o pagamento da taxa relacionada ao seu

USO.

O linfonodo sentinela é aquele que primeiro recebe a drenagem linfática de um tumor. Imaginem um método capaz de localizar esse linfonodo para que o cirurgião possa extraí-lo com segurança, de forma menos invasiva, e o patologista possa verificar se há ou não comprometimento metastático. No câncer de mama, por exemplo, este dado pode predizer o status axilar, pois se o linfonodo sentinela for negativo evitar-se-á o esvaziamento axilar.

No intra operatório é utilizado o aparelho GAMA PROBE (aparelho portátil composto de sonda de detecção e sistema de registro digital da radiação gama), capaz de detectar as regiões com maior emissão de radiação, sendo um procedimento inovador na pesquisa do linfonodo sentinela.

Critérios de elegibilidade para a utilização do Gama Probe (código 80057586 - Taxa de uso do Neo Probe):

- I. Para detecção de lesões mamárias ocultas e/ou infiltração tumoral em linfonodos (linfonodo sentinela), pode ser utilizada a codificação relacionada à Marcação Estereotáxica Intra operatória ou à Cintilografia Mamária / Linfocintilografia;
- II. A Cintilografia de Mama / Linfocintilografia podem ser realizadas até 24 horas antes da cirurgia ou no dia do ato cirúrgico;
- III. Para marcação pré-operatória:
 - a) 40708063 Cintilografia De Mama (Bilateral);
 - b) 40708101 Linfocintilografia (Para Linfonodo Sentinela).
- IV. Para detecção / exérese no intra-operatória:
 - a) 40708080 Detecção Intra operatória Radioguiada de Lesões Tumorais;
 - b) 40708098 Detecção Intra operatória Radioguiada de Linfonodo Sentinela;
 - c) 30602076 Exérese De Lesão Da Mama Por Marcação Estereotáxica ou Rol.

OBSERVAÇÃO: Ressaltamos que, somente será autorizado o código da taxa de uso do Probe para o prestador supracitado e mediante justificativa médica para os procedimentos elencados.

13. CIRURGIAS

13.1 Procedimentos que geram perícia

As solicitações dos procedimentos descritos a seguir geram Perícia Médica, a qual deve ser agendada no momento da avaliação realizada Sala de Auditoria em Saúde – Linha de Frente IPM:

Sofre exclusão de cobertura qualquer procedimento experimental ou com fins estéticos sem comprometimento funcional.

13.1.1 Face

30210097	RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS EM VY DE PEDÍCULO SUBARTERIAL
----------	---

13.1.2 Oftalmologia

30301181	PTOSE PALPEBRAL - CORREÇÃO CIRÚRGICA – UNILATERAL
30303060	PTERÍGIO – EXÉRESE
30301190	RESSECÇÃO DE TUMORES PALPEBRAIS

13.1.3 Abdome, Parede e Cavidade

31009085	HERNIORRAFIA CRURAL – UNILATERAL
31009336	HERNIORRAFIA INGUINAL - UNILATERAL POR VÍDEO
31009140	HERNIORRAFIA RECIDIVANTE

13.1.4 Esôfago

31001360	REFLUXO GASTROESOFÁGICO – TRATAMENTO CIRÚRGICO POR VÍDEO – HÉRNIA HIATAL
----------	--

13.1.5 Estômago

31002218	GASTROPLASTIA PARA OBESIDADE MÓRBIDA ABERTA - QUALQUER TÉCNICA
----------	--

13.1.6 Nervos Periféricos

31403336	RIZOTOMIA PERCUTÂNEA POR SEGMENTO - QUALQUER MÉTODO
31403034	DENERVAÇÃO PERCUTÂNEA DE FACETA ARTICULAR - POR SEGMENTO

13.1.7 Cirurgia Venosa

30907136	VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DOIS MEMBROS
30907144	VARIZES - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE UM MEMBRO

13.1.8 Pé

30729220	PÉ PLANO/PÉ CAVO/COALISÃO TARSAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30729238	PÉ TORTO CONGÊNITO (UM PÉ) - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30729343	TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MAL PERFURANTE PLANTAR

13.1.9 Cirurgias Plásticas

TODOS OS CÓDIGOS REFERENTES	
-----------------------------	--

13.1.10 Pele e Anexos

301010 18	ABRASÃO CIRÚRGICA (POR SESSÃO)
301019 30	ABSCESSO DE UNHA (DRENAGEM) - TRATAMENTO CIRÚRGICO
301010 26	ALOPECIA PARCIAL - EXÉRESE E SUTURA
30101034	ALOPECIA PARCIAL - ROTAÇÃO DE RETALHO
30101042	ALOPECIA PARCIAL - ROTAÇÃO MÚLTIPLA DE RETALHOS
30101050	APÊNDICE PRÉ-AURICULAR – RESSECÇÃO
30101069	AUTONOMIZAÇÃO DE RETALHO - POR ESTÁGIO
30101077	BIÓPSIA DE PELE, TUMORES SUPERFICIAIS, TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO, LINFONODO SUPERFICIAL, ÓSSEO, ETC.
30101093	CALOSIDADE E/OU MAL PERFURANTE - DESBASTAMENTO (POR LESÃO)

30101948	CANTOPLASTIA UNGUEAL
30101107	CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)
30101140	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LINFEDEMA (POR ESTÁGIO)
30101158	CORREÇÃO CIRÚRGICA DE SEQUELAS DE ALOPECIA TRAUMÁTICA COM MICROENXERTOS PILOSOS (POR REGIÃO)
30101174	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS COM O EMPREGO DE EXPANSORES EM RETALHOS MUSCULARES OU MIOCUTÂNEOS (POR ESTÁGIO)
30101182	CORREÇÃO DE DEFORMIDADES POR EXÉRESE DE TUMORES, CICATRIZES OU FERIMENTOS, COM O EMPREGO DE EXPANSORES DE TECIDO, EM RETALHOS CUTÂNEOS (POR ESTÁGIO)
30101204	CRIOCIRURGIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO) DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS
30101255	CURETAGEM SIMPLES DE LESÕES DE PELE (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)
30101263	DERMOABRASÃO DE LESÕES CUTÂNEAS
30101271	DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDOME EM AVENTAL
30101280	DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO - POR UNIDADE TOPOGRÁFICA (UT)
30101298	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES DE PELE E MUCOSAS - COM OU SEM CURETAGEM (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)
30101310	ENXERTO COMPOSTO
30101336	ENXERTO DE PELE (HOMOENXERTO INCLUSIVE)
30101344	ENXERTO DE PELE MÚLTIPLO - POR UNIDADE TOPOGRÁFICA (UT)
30101352	EPILAÇÃO POR ELETRÓLISE (POR SESSÃO)
30101360	ESCALPO PARCIAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30101379	ESCALPO TOTAL - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30101425	EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO
30101433	EXÉRESE DE HIGROMA CÍSTICO NO RN E LACTENTE
30101468	EXÉRESE DE LESÃO / TUMOR DE PELE E MUCOSAS
30101441	EXÉRESE DE LESÃO COM AUTO-ENXERTIA
30101476	EXÉRESE DE TUMOR E ROTAÇÃO DE RETALHO MÚSCULO-CUTÂNEO
30101484	EXÉRESE DE UNHA

30101921	EXÉRESE E SUTURA DE HEMANGIOMA, LINFANGIOMA OU NEVUS (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)
30101450	EXÉRESE E SUTURA DE LESÕES (CIRCULARES OU NÃO) COM ROTAÇÃO DE RETALHOS CUTÂNEOS
30101492	EXÉRESE E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES - GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES
30101506	EXÉRESE TANGENCIAL (SHAVING) - (POR GRUPO DE ATÉ 5 LESÕES)
30101514	EXPANSÃO TISSULAR (POR SESSÃO)
30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISÃO E RETALHOS CUTÂNEOS DA REGIÃO
30101530	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E EMPREGO DE RETALHOS CUTÂNEOS OU MUSCULARES CRUZADOS (POR ESTÁGIO)
30101549	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E RETALHOS CUTÂNEOS À DISTÂNCIA
30101557	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHO FASCIOCUTÂNEO OU AXIAL
30101565	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MIOCUTÂNEOS
30101573	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXÉRESE E ROTAÇÃO DE RETALHOS MUSCULARES
30101581	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES, OU TUMORES - EXÉRESE E ENXERTO CUTÂNEO
30101603	FERIMENTOS INFECTADOS E MORDIDAS DE ANIMAIS (DESTRIDAMENTO)
30101620	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO, HEMATOMA OU PANARÍCIO
30101638	INCISÃO E DRENAGEM DE FLEGMÃO
30101611	INCISÃO E DRENAGEM DE TENOSSINOVITES PURULENTAS
30101646	INFILTRAÇÃO INTRALESIONAL, CICATRICIAL E HEMANGIOMAS - POR SESSÃO
30101662	MATRICECTOMIA POR DOBRA UNGUEAL
30101670	PLÁSTICA EM Z OU W
30101689	RECONSTRUÇÃO COM RETALHOS DE GÁLEA APONEURÓTICA
30101697	RETALHO COMPOSTO (INCLUINDO CARTILAGEM OU OSSO)
30101735	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO
30101743	RETRAÇÃO CICATRICIAL DE AXILA - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30101751	RETRAÇÃO CICATRICIAL DE ZONA DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

30101760	RETRAÇÃO CICATRICIAL DO COTOVELO - TRATAMENTO CIRÚRGICO
30101778	RETRAÇÃO DE APONEVROSE PALMAR (DUPUYTREN)
30101786	SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO
30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO
30101808	TRANSECÇÃO DE RETALHO
30101816	TRANSFERÊNCIA INTERMEDIÁRIA DE RETALHO
30101824	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRICTIVAS
30101832	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GRANDES HEMANGIOMAS
30101840	TRATAMENTO DA MIIASE FURUNCULÓIDE (POR LESÃO)
30101867	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM ENXERTO DE PELE
30101875	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS CUTÂNEOS LOCAIS
30101883	TRATAMENTO DE ESCARAS OU ULCERAÇÕES COM RETALHOS MIOCUTÂNEOS OU MUSCULARES
30101891	TRATAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA
30101905	TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS E VASCULARES A LASER/PHOTODERM – POR SESSÃO
30101913	TU PARTES MOLES – EXÉRESE
30101956	UNHA (ENXERTO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO (PELE E ANEXOS):

1. Os códigos relativos à especialidade de Dermatologia geram Perícia independente da quantidade solicitada, estando ou não solicitado juntamente com outro código;
2. Deverão ser encaminhados para Perícia, procedimentos (códigos cumulados), mesmo quando não constante na descrição acima ou se este for solicitado acima de quantidade 01 (um).

13.2 Clínica Cirúrgica

Não serão remunerados os curativos realizados na sala de cirurgia, bem como os de pós-operatório (ambulatoriais). Somente serão liberados curativos para casos de deiscência de sutura, hematoma e infecção. Para as demais situações, o credenciado poderá cobrar apenas o material utilizado.

A retirada de pontos tem os honorários inclusos no valor da cirurgia.

13.3 Cirurgia Bariátrica

A cirurgia bariátrica será liberada de acordo com a resolução nº 1942/2010 do Conselho Federal de Medicina (CFM) para pacientes com as seguintes indicações:

- I. Pacientes com índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 40kg/m^2 ;
- II. Pacientes com IMC maior que 35Kg/m^2 e afetado por comorbidades (doenças agravadas pela obesidade e que melhoram quando a mesma é tratada de forma eficaz) que ameacem a vida, tais como diabetes tipo II, apneia do sono, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana, osteoartrites e outras;
- III. Idade: maiores de 18 anos. Idosos e jovens entre 16 e 18 anos podem ser operados, mas exigem precauções especiais e risco/benefício deve ser muito bem analisado;
- IV. Obesidade estabelecida, conforme os critérios acima com tratamento clínico prévio insatisfatório de, pelo menos dois anos;
- V. Não uso de drogas ilícitas ou alcoolismo;
- VI. Ausência de quadros psicóticos ou demenciais graves ou moderados;
- VII. Compreensão, por parte do paciente e familiares, dos riscos e mudanças de hábitos inerentes a uma cirurgia de grande porte sobre o tubo digestivo e da necessidade de acompanhamento pós-operatório com a equipe multidisciplinar, em longo prazo.

OBSERVAÇÃO:

Só há cobertura do procedimento de Dermolipectomia para correção de abdome em avental (30101271), quando a flacidez for decorrente da acentuada perda de peso após cirurgia bariátrica.

13.4 Cirurgia Oftalmológica

O IPM não tem cobertura para cirurgias refrativas bem como os exames pré-operatórios inerentes a esse procedimento.

O IPM não tem cobertura para implante de anel de Ferrara.

Para exérese do pterígio podem ser autorizados também o transplante ou recobrimento conjuntival, conforme relatório detalhado do médico solicitante.

Quando o procedimento cirúrgico inclui o implante de lente intraocular, está indicado na Biometria. **O IPM restringe a liberação de correção cirúrgica de ptose palpebral para os casos abaixo pontuados e ainda assim os pacientes devem passar por avaliação pericial:**

- I. Ptose Congênita;
- II. Ptose Miogênica;
- III. Ptose Neurológica (Sistema Nervoso);
- IV. Ptose por problemas locais nos olhos – Em alguns casos, a pálpebra desaba por causa de uma infecção ou um tumor na pálpebra, por um tumor dentro da órbita (globo ocular), ou por um trauma direto ao olho;
- V. Ptose Aponeurótica (ptose senil ou relacionada a idade).

Para a autorização do procedimento de correção de ptose será necessário um laudo da perícia médica especial na área de oftalmologia. Esse será baseado no grau de comprometimento do eixo e do campo visual do paciente.

13.5 Cirurgia Plástica

Para a cirurgia plástica, não haverá cobertura para procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órtese e prótese para os mesmos fins, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função do órgão ou parte do corpo humano decorrente de câncer, traumatismo ou anomalia genética. Não haverá autorização para peeling facial nem cirurgia estética mamária e cirurgia plástica abdominal, porexemplo.

As OPMEs, quando necessárias, seguirão o fluxo determinado pelo Núcleo de OPME do IPM.

O médico assistente requisitante deve ater-se as especificações do material, sem indicar empresa ou marca.

Ressaltamos que o paciente poderá a qualquer momento ser convocado para avaliação de uma Junta de Auditores do IPM para responder a dúvidas quanto ao procedimento.

Fica terminantemente proibida a cobrança de honorários dos pacientes, ficando o profissional responsável sujeito a processo administrativo movido pelo IPM. Se está credenciado para aquele procedimento deve-se aceitar o valor acordado.

A cirurgia plástica de nariz pode ser autorizada pela Auditoria Médica quando resultante de traumatismo, com fratura comprovada radiologicamente ou quando haja comprometimento da função respiratória, **comprovada por otorrinolaringologista**, que não responda a tratamentos clínicos prévios.

A cirurgia plástica de cicatriz poderá ser autorizada desde que apresente:

- I. Grandes retrações eviciedade;
- II. Prejuízo funcional;
- III. Retração de pele, com aderência em planos profundos e sintomatologia dolorosa;
- IV. Presença de corpo estranho.

Observação:

Deve ser acompanhado de relatório feito por especialista em cirurgia plástica especificando a perda funcional.

A cirurgia plástica de má formação congênita poderá ser autorizada quando:

- I. Constituir prejuízo funcional efetivo ao usuário;
- II. Tratar-se de lesão com potencial pré-maligno.

Observação

Deve ser acompanhado de relatório feito por cirurgião plástico especificando a má formação.

Não serão autorizados tratamentos como:

- I. Melanose solar;
- II. Leucodermia puntada;
- III. Nevus rubi;
- IV. Retirada de tatuagens;
- V. Epilação definitiva;
- VI. Seringoma;
- VII. Xantelasma;
- VIII. Peeling;
- IX. Correção cirúrgica de orelha em “abano”;
- X. Correção cirúrgica de flacidez abdominal.

13.6 Cirurgia Traumatológica

As liberações de procedimentos e de exames de imagem em ortopedia seguem as seguintes diretrizes:

- I. As solicitações de **rizotomia por radiofrequência** devem estar acompanhadas de relatório médico afirmando a intratabilidade clínica a despeito das sessões de fisioterapia e analgesia aplicadas;
- II. Para solicitações de **RNM de coluna vertebral** com suspeita de hérnia discal não será necessária a apresentação de Raio X de COLUNA desde que devidamente justificada pelo médico solicitante;
- III. Em suspeita de fratura em geral poderá ser liberada tomografia computadorizada, exceto em lesões de tornozelo cuja indicação é Ressonância Magnética, mediante a apresentação da solicitação médica;
- IV. Sobre a liberação da **RNM de joelho**, será realizada para casos com suspeita de lesão meniscal, lesão ligamentar ou fratura osteocondral. Ou seja, em suspeita de lesão meniscal e/ou ligamentar, **NÃO** é necessária a apresentação da radiografia do joelho para autorização da RNM, desde que devidamente justificada pelo médico solicitante;

- V. Para autorização da **RNM de ombro**, é necessária a apresentação de US de ombro evidenciando calcificação ou rotura de tendão ou Raio X do ombro com fratura.

A liberação de OPMEs segue o sistema de cotações realizadas pelo Núcleo de OPME do IPM com o mínimo de três cotações de empresas diferentes.

13.7 Cirurgia Urológica

O posicionamento do IPM quanto a liberação de Ureterorenolitripsia endoscópica a laser rígida e flexível segue estas indicações e exceções:

- I. URETER: cálculo maior que 8 mm, não responsivo a LECO e/ ou ureterorenolitripsia convencional; cálculo acompanhado de obstrução e infecção clínica comprovada; paciente com discrasia sanguínea com contraindicação de outros procedimentos;
- II. RIM: Grupo Caliciano inferior igual ou maior de 10mm e menor de 20mm sintomático e cálculo impactado na pelve renal menor de 20mm; paciente com discrasia sanguínea com contra indicação de outros procedimentos; cálculo igual ou menor de 20mm não obstrutivo resistente a LECO; divertículo calicinal sintomático com ou sem cálculo; cálculo no GCM (Grupo Caliciano Médio) ou GCS (Grupo Caliciano Superior) maior de 10mm e menor de 20mm não responsivo a LECO; calculo no ureter proximal que durante o procedimento com o ureteroscópio rígido migrou para a pelve renal.

Para a cirurgia de correção da incontinência urinaria com SLING será liberado a tela inorgânica de polipropileno tamanho M (médio).

Observação:

Nas situações de utilização concomitante de vídeo e intensificador de imagem, será pago 100% da taxa de maior valor e 1/5 do valor referente à segunda taxa.

13.8 Cirurgia Vascular

Escleroterapia de veias, bem como Fulguração de Telangiectasias (procedimentos estéticos), não possuem cobertura contratual.

As flebografia são indicadas nos seguintes casos:

- I. Na síndrome pós-trombótica.
- II. Nas varizes de trajeto anárquico.
- III. Nas varizes acompanhadas de úlceras de estase.
- IV. Nas varizes recidivadas.
- V. Nas varizes com dermatofibrose e hiperpigmentação.

Entretanto, o simples exame físico é suficiente para o diagnóstico e a conduta terapêutica, na maioria dos casos em que há indicação cirúrgica.

Respeitando o parecer do CREMEC Nº 9/2007 solicitado pela SBACV-CE, o Ecodoppler deve ser adotado APENAS para planejamento terapêutico quando existe suspeita de comprometimento concomitante do sistema venoso profundo ou dúvida por parte do médico especialista quanto ao envolvimento ou não da veia safena e/ou perforantes.

O IPM solicita, através da sua auditoria, que os pacientes classificados com C2 (Classificação CEAP) pelo médico especialista tenham relatório justificando a cirurgia e que a autorização seja presencial.

Por não haver necessidade da solicitação sistemática do DOPPLER Venoso para a indicação cirúrgica das varizes, solicitamos o envio de justificativa cirúrgica feita pelo médico assistente e a ida do paciente para avaliação na auditoria.

Para os casos nos quais são necessárias próteses vasculares, seguem a orientação de cotação de 03 (três) empresas diferentes, devendo a família levar todos os exames de imagem junto com a solicitação do médico assistente para avaliação da auditoria de alto custo.

O médico assistente requisitante não poderá indicar marca ou empresa a não ser por solicitação da Auditoria em Saúde do IPM, devendo restringir-se as especificações do material.

13.9 Casos cirúrgicos não complicados

DIAGNOSTICO	TEMPO MÉDIO/INTERNAÇÃO
ADENOAMIGDALECTOMIA	1 dia
APENDICECTOMIA	1 a 2 dias
ARTROPLASTIA DE QUADRIL	3 a 5 dias
CATARATA	1 dia
CESÁREA	2 dias
COLECISTECTOMIA	2 dias
COLEDOCOPLASTIA	3 dias
COLPOPERINEOPLASTIA	2 dias
CURETAGEM UTERINA	1 dia
DESVIO DE SEPTO	1 dia
ENXERTO ÓSSEO	3 dias
ENXERTO TENDINOSO	3 dias
FRATURA DE BACIA	4 a 5 dias
GASTRECTOMIA	3 dias
HEMORROIDECTOMIA	2 dias
HERNIORRAFIAS	1 dia
HISTERECTOMIA	2 dias
LAMINECTOMIA	5 dias
LESÃO LIGAMENTAR CIRÚRGICA	2 dias
MASTECTOMIA AMPLIADA	2 dias
MENISCECTOMIA	1 dia
MIOMECTOMIA	2 dias
NEFRECTOMIA	4 dias
OOFORECTOMIA	2 dias
PARTO A FÓRCEPS	2 dias
PARTO NORMAL	2 dias
PATELECTOMIA	1 dia
POSTECTOMIA	1 dia
PROSTATECTOMIA	3 dias
SAFENECTOMIA	2 dias

SINUSECTOMIA	1 dia
TIREOIDECTOMIA	1 dia
VARICOCELECTOMIA	1 dia

14. PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL – PROGRAMA IPM LAR

14.1 Objetivo

O **Serviço de Atenção Domiciliar Multiprofissional** objetiva atender pacientes portadores de patologias agudas e/ou crônicas, incapacitantes/invalidantes ou fora de possibilidade de cura, restrita ao domicílio (DECRETO Nº 14.221, de 28 de maio de 2018).

É indicado restritamente a segurados e dependentes do IPM saúde que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira transitória ou definitiva, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia do servidor ou dependente, família e cuidador;

A equipe multiprofissional é composta por: assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional;

Observação: poderão compor a equipe multiprofissional, ESTAGIÁRIOS, graduandos de cursos em conformidade com as categorias profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do Programa IPM LAR, com carga horária mínima de 20 (vinte) horas, de acordo com programas previamente institucionalizados.

14.2 Critérios de Inclusão ao Serviço

A admissão (inclusão) dos servidores e/ou dependentes é condicionada à:

- I. Ser segurado do IPM Saúde;
- II. Residir em Fortaleza, considerando as Secretarias Regionais de Fortaleza (SR) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 – (REGIONAIS DE FORTALEZA, Art. 13 da Lei Complementar nº 0278/2019 – Decreto nº 14.590/ 2020);
- III. Ser paciente restrito ao leito ou com incapacidade de locomoção (paciente acamado/imobilizado), sem condições de sair de casa para realizar tratamento ambulatorial;
- IV. Dispor, obrigatoriamente, de pelo menos um cuidador (membro da família ou indicado por ela) e responsável que responda pela execução das orientações e cuidados necessários à saúde do paciente;
- V. Atender à pontuação mínima prevista no Protocolo de Avaliação, após a análise da equipe multiprofissional;
- VI. Não estar dependente de ventilação mecânica 24 horas com uso de BPAP, CPAP, máscara de Venturi, pois o serviço não disponibiliza este tipo de equipamento de suporte ventilatório e não possui assistência 24 horas ou aos finais de semana;

Observação: ao contemplar os critérios, a inclusão do beneficiário será validada pelo gestor do Núcleo IPM Lar/Diretoria de Saúde.

14.3 Documentos necessários para inclusão no Programa IPM Lar

- I. Carteira do IPM Saúde;
- II. RG e CPF;
- III. Comprovante de endereço;
- IV. Encaminhamento médico com o diagnóstico.

14.4 Inelegibilidade

Será inelegível para o **Serviço de Atenção Domiciliar Multiprofissional** o beneficiário que apresentar uma das seguintes situações:

- I. Quando a pontuação estabelecida no Protocolo de Avaliação de Inclusão do

- Programa não for contemplada;
- II. Quando houver necessidade de monitorização e assistência contínua (internação domiciliar);
 - III. Quando estiver dependente de equipamento de ventilação mecânica invasiva, não invasiva e suplementação de oxigênio de alto fluxo;
 - IV. Quando o paciente estiver em uso de terapia nutricional parenteral.

14.5 Serviços de atenção domiciliar multiprofissional

- I. Visita domiciliar, pela equipe multiprofissional para diagnóstico situacional, após a solicitação de inclusão ao Programa IPM Lar;
- II. Construção do Plano de Cuidados, de forma multiprofissional, considerando as morbidades, vulnerabilidades, potencialidades e o contexto socioeconômico do beneficiário;
- III. Diálogo com a família após a inclusão ao Programa, visando socializar e explicar o Plano de Cuidados, assinar o Termo de Adesão e Responsabilidade Compartilhada, entregar o Prontuário domiciliar, bem como, apresentar esclarecimentos sobre a estrutura e dinâmica de funcionamento do programa;
- IV. Capacitação do cuidador e do familiar responsável, pela equipe multiprofissional, na realização dos cuidados para com o beneficiário, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- V. Participação no espaço de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares – Grupo de Convivência do IPM LAR;
- VI. Realização de atendimento em saúde bucal referente às ações de promoção, prevenção, avaliação e assistência para alguns procedimentos. Os casos avaliados pelo cirurgião-dentista da equipe IPM Lar, que apresentem maior complexidade quanto à condição de saúde bucal, serão encaminhados para atendimento na rede credenciada, com anuência da família;
- VII. Realização de atendimento em Enfermagem referente às ações de promoção, prevenção, avaliação e assistência para alguns procedimentos. Os casos observados pela enfermagem da equipe IPM Lar, que apresentam maior complexidade quanto à condição de saúde, serão avaliados clinicamente pelo médico da equipe do programa;

- VIII.** Realização de atendimento em Nutrição referente às ações de promoção, prevenção, avaliação com o objetivo de promover um bom estado nutricional do paciente;
- IX.** As ações realizadas pelos médicos consistem em visitas domiciliares, acompanhamento, solicitação de exames, receitas, atestados, declarações e encaminhamentos quando necessário;
- X.** As ações do Serviço Social compreendem a acolhida às famílias, avaliação socioeconômica familiar, democratização do acesso às informações pertinentes ao processo de trabalho, diálogo com a rede intersetorial e de serviços credenciados; promoção das ações do Grupo de Convivência; visita de pesar; emissão de relatórios e pareceres;
- XI.** As ações da Psicologia compreendem a acolhida às famílias, diálogo com a rede intersetorial e de serviços credenciados; promoção das ações do Grupo de Convivência; visita de pesar; emissão de relatórios e pareceres; capacitação do cuidador e familiares, acompanhamento ao cuidador e familiares;
- XII.** Visitas domiciliares para desenvolvimento de terapia/reabilitação em fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional estabelecida no Plano de Cuidados;
- XIII.** Visitas domiciliares para acompanhamento e avaliação do beneficiário e oualta, pela equipe de Auditoria;

Observação 1: a equipe multiprofissional não atende em caráter de urgência e emergência, como também, não há atendimento nos finais de semana; qualquer eventualidade, a família deve se dirigir aos hospitais/clínicas credenciados pelo IPM Saúde;

Observação 2: o Serviço de Atenção Domiciliar Multiprofissional não se propõe a assistência de cuidados paliativos;

Observação 3: o Serviço de Atenção Domiciliar Multiprofissional não dispõe de ambulância, nem de insumos, como fraldas e materiais descartáveis, medicamentos, órteses e próteses.

14.6 Execução das ações e procedimentos

- I. Os serviços domiciliares, após inclusão do (a) beneficiário (a) no Programa IPM LAR, compreendem atendimento domiciliar multiprofissional por até 180 (cento e oitenta) dias, conforme ações e procedimentos estabelecidos no Plano de Cuidados;
- II. O atendimento domiciliar multiprofissional poderá ser prorrogado por até 90 (noventa) dias, mediante justificativa técnica substanciada da equipe multiprofissional e avaliação da gestão do Núcleo IPM Lar e da Gerência de Saúde;
- III. Após esse período, caso a equipe sinalize a necessidade de continuidade do cuidado em domicílio, o médico Auditor do IPM fará visita com o propósito de avaliação e posterior parecer para subsidiar a equipe de gestão. Se deferido, o atendimento domiciliar será realizado por até 90 (noventa) dias.

14.7 Alta

A Alta será comunicada pela equipe multiprofissional nas seguintes situações:

- I. Ao concluir a realização das ações e procedimentos estabelecidos no Plano de Cuidados, no prazo de 180 dias ou após a prorrogação por mais 90 dias;
- II. Após a visita de avaliação do médico auditor, se indeferida a solicitação de continuidade do cuidado;
- III. Quando o paciente estiver clinicamente estável, conforme parecer da equipe do programa, com condições de acompanhamento na rede credenciada;
- IV. Quando o paciente adquirir sua reabilitação parcial que possibilite o autocuidado com apoio do cuidador e dos familiares;
- V. A Alta Administrativa dar-se-á pela não adesão da família à proposta apresentada no Plano de Cuidados, inclusive quando não houver comparecimento do responsável para assinatura do Termo de Desligamento, sem a devida justificativa.

14.8 Fornecimento de dieta enteral

O fornecimento de dieta enteral, pelo Programa IPM Lar, será de 50% (cinquenta por cento) da prescrição nutricional emitida pelos profissionais credenciados do programa e está condicionado as seguintes situações:

- I. O beneficiário deverá estar incluso no Programa IPM LAR, conforme a pontuação estabelecida pelo Protocolo de Avaliação de Inclusão;
- II. O beneficiário deverá apresentar renda familiar de até dois salários mínimos, critério este analisado por meio de avaliação socioeconômica realizada pela equipe do Serviço Social e de Nutrição do IPM LAR;
- III. O fornecimento de Dieta Enteral está condicionado ao não recebimento da alimentação enteral por outro órgão ou entidade pública ou privada;
- IV. O beneficiário deverá ter indicação de utilização de sonda via enteral de acordo com a resolução vigente do Conselho Federal de Nutrição - CFN (RDC 63/2000):
 - a) Pacientes que não satisfazem suas necessidades nutricionais com a alimentação convencional (via oral), mas que possuam a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
 - b) Em situações de risco nutricional ou existência de desnutrição, pacientes com ingestão por via oral inferior a 60% de suas necessidades nutricionais por 5 a 7 dias;
 - c) Em pacientes eutróficos com ingestão por via oral inferior a 60% de suas necessidades nutricionais por 10 a 14 dias;
 - d) O quantitativo fornecido deverá seguir o laudo técnico do nutricionista e médico responsável pelo atendimento do IPM LAR;
 - e) Em caso de dieta enteral ser concedida e comprovada por outro órgão público municipal e/ou estadual, automaticamente será suspenso o fornecimento pelo IPM LAR;
 - f) A família e o responsável deverão seguir todas as orientações da equipe do IPM LAR quanto ao preparo e administração da dieta sob pena de ter o serviço suspenso caso infrinja;
 - g) O material descartável utilizado na administração da dieta não é de responsabilidade do IPM Lar.

14.9 Fornecimento de oxigenoterapia

O fornecimento de uso de oxigênio suplementar, pelo Programa IPM Lar, está condicionado as seguintes situações:

- I. O beneficiário deverá estar incluso no Programa IPM LAR, conforme a pontuação estabelecida pelo Protocolo de Avaliação de Inclusão;
- II. A terapia com oxigênio que será ofertada ao beneficiário, pelo Programa IPM LAR, contemplará apenas dispositivos de oxigênio de baixo fluxo;
- III. A indicação da oxigenoterapia domiciliar será feita pelo médico da equipe do IPM Lar ou médico assistente do paciente e/ou pneumologista da rede credenciada do IPM Saúde;
- IV. O acompanhamento do beneficiário em domicílio será realizado pela equipe do Programa IPM LAR e em especial pela equipe de fisioterapia;
- V. A família e o responsável deverão seguir as orientações da equipe do IPM LAR e do Termo de Oxigenoterapia quanto ao manuseio, administração e cuidados com os dispositivos para evitar eventuais riscos ao beneficiário;

Observação: os casos de beneficiários que não atingem a pontuação mínima estabelecida no Protocolo de Avaliação para inserção no Programa IPM Lar, mas, por conta da condição respiratória deficitária, mesmo que momentânea, necessitam de oxigênio suplementar com o objetivo de redução dos sintomas e da exacerbação da doença, serão avaliados pela gestão do IPM Saúde.

14.10 Desligamento do beneficiário do Programa IPM Lar

O desligamento do beneficiário do Programa IPM Lar acontecerá nas seguintes situações:

- I. Exclusão do servidor do Programa IPM Saúde;
- II. Quando for constatada a não colaboração e não comprometimento dos familiares e/ou cuidadores responsáveis;
- III. Quando a família não aderir à proposta da terapêutica estabelecida no Plano de Cuidados;
- IV. Descumprimento de alguma norma do Termo de Adesão e Responsabilidade Compartilhada, após a 2ª comunicação à família;
- V. Por solicitação da família e/ou responsável;
- VI. Mudança de endereço, o qual se configura fora do âmbito de abrangência de Fortaleza;

- VII.** Alta administrativa por não adesão à proposta apresentada no Plano de Cuidados, inclusive quando não houver comparecimento do responsável para assinatura do Termo de Desligamento, sem a devida justificativa.

15. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

15.1 Atendimento

As consultas realizadas em Pronto Socorro (10101039) não terão acréscimo de 30% nos horários especiais (período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte), conforme regras descritas nas Instruções Gerais da TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO IPM.

O retorno de consulta em Pronto Socorro, para a mesma patologia, somente será remunerado quando acima de 5 dias na pediatria, e acima de 15 dias para adultos. Na necessidade de retorno acima dos prazos estabelecidos e, em até 30 dias, terão seus valores reduzidos em 50%.

Os medicamentos pagos no ato do atendimento de urgência/emergência se restringem aos injetáveis necessários ao alívio imediato dos sintomas (Ex.: antieméticos, exceto Ondasentronas, antiespasmódicos, antipiréticos, analgésicos, antiarrítmicos, hipo e hipertensores, antianginosos). Pelo exposto, o IPM não paga no ato emergencial, medicamentos para tratamento da doença de base, tais como antibióticos e protetores gástricos, exceto Ranitidina.

15.2 Internações

O hospital deve providenciar, via Sistema, a autorização do Pedido de Internação Hospitalar (01000004) devidamente preenchido pelo médico requisitante, imediatamente após a definição da necessidade da internação.

Caso haja necessidade de Diárias de UTI, Mudança de Procedimento, Materiais ou medicamentos de alto custo, acompanhamento clínico nas cirurgias, Prorrogação de Internação ou outros serviços especiais, o médico assistente (cirurgião ou clínico principal) deve preencher um laudo Médico justificando tais solicitações imediatamente após a definição da necessidade dos serviços.

Após a admissão do paciente, a auditoria deve acompanhar todos os passos dos processos envolvidos numa hospitalização: os serviços hospitalares (hotelaria, cuidados de enfermagem, etc), a utilização de materiais e medicamentos, necessidade de recursos especiais e equipamentos e avaliar com presteza todos os procedimentos que exigem autorização.

Todos os esforços devem ser feitos no sentido de abreviar a hospitalização, inclusive a valorização de terapias complementares.

A seguir elencamos alguns períodos médios de internação para casos clínicos, por entendermos que o controle e avaliação desses períodos devem ser realizados, fundamentalmente, pela Auditoria Médica, através da visita hospitalar diária.

15.2.1 Casos Clínicos

CONDIÇÃO CLÍNICA X TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO

CONDIÇÃO CLÍNICA	TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO
A.V.C ISQUÊMICO	5 a 7 dias
ABORTAMENTO	1 dia
BRONCOPNEUMONIA	5 a 6 dias
CRISE HIPERTENSIVA	2 a 3 dias
DIABETES DESCOMPENSADO	5 a 6 dias
DIARREIA INFANTIL/DESIDRATAÇÃO	2 a 3 dias
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	3 a 4 dias

ECLAMPSIA	3 a 4 dias
EDEMA AGUDO DE PULMÃO	2 a 3 dias
ESTADO DE MAL ASMÁTICO	2 a 3 dias
FLEBITE E TROMBOFLEBITE	3 a 4 dias
HEMORRAGIAS DIGESTIVAS	2 a 3 dias
HIPEREMESE GRAVÍDICA	1 a 2 dias
INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	5 a 7 dias
INSUFIC. CORONARIANA / SÍNDROME INTERMEDIARIA	3 a 4 dias
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	5 a 6 dias
LABIRINTOPATIAS AGUDAS	1 a 2 dias
LITÍASE RENAL	1 a 2 dias
MEMBRANA HIALINA	6 a 7 dias
PANCREATITE	4 a 5 dias
PIELONEFRITE	5 dias
PREMATURIDADE	6 a 8 dias
QUIMIOTERAPIA	1 dia
SEPTICEMIA	5 a 7 dias
TRAUMATISMO CRÂNIO – ENCEFÁLICO – NAO CIRÚRGICO	2 a 3 dias

15.2.2 Autorização Prévia de Procedimentos

Procedimentos que necessitam de autorização prévia:

I. Prorrogação de internação em Enfermaria, UTI ou Isolamento

A autorização de Diária de Isolamento deverá ser acatada até 72 horas, se cultura negativa, com ou sem parecer da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

Após 72 horas, acatar Diária de Isolamento se cultura positiva, com parecer da CCIH;

A permanência em Isolamento se dará até a conclusão da antibioticoterapia e comprovação com cultura e antibiograma.

- II. Mudança ou acréscimo de procedimentos (punção de vaso profundo, dissecação venosa, passagem de sonda naso-enteral, etc)

O encaminhamento dos pacientes para sala de recuperação pós-anestésica não necessita de autorização prévia. Ficará à critério da avaliação técnica da Auditoria de Enfermagem nas seguintes situações:

- a) Por indicação do anestesiológico responsável pelo procedimento, expresso na Ficha Anestésica, exceto anestesia local;
- b) Para pacientes submetidos a anestesia que necessitem de monitoração em pós-operatório imediato, exceto anestesia local.

OBSERVAÇÕES:

Deverá constar ficha própria constando registros de admissão e alta do paciente pelo médico plantonista da Unidade, como também evolução de enfermagem, sinais vitais (15 em 15 min), escala de Aldrete e Kroulik (conforme Resolução CREMEC nº 44/2012); Os hospitais que não possuem sala de recuperação e que por este motivo usam UTI para recuperação anestésica de alguns pacientes, serão remunerados com uma taxa se SRA e não como diária de UTI.

15.2.3 Regras para cobrança de medicação prescrita e não administrada

Em caso de recusa do paciente, será paga somente a primeira dose, mediante registro de enfermagem.

MEDICAMENTOS ESPECIAIS

O IPM Saúde não tem cobertura de medicamentos para tratamento de doenças de base (Ex.: Doenças autoimunes, Osteoporose, Anemia Ferropriva etc), salvo os medicamentos

especiais expressos a seguir:

- I. Antifúngicos (Anfotericina B Lipossomal, Anidulafungina, Caspofungina, Micafungina e Voriconazol);
- II. Antimicrobianos (Daptomicina, Ertapenem, Imipenem + Cilastatina, Linezolida, Meropenem, Polimixina B, Polimixina E, Teicoplanina, Tigeciclina, Vancomicina, Azactam, Piperacilina+Tazobactam);
- III. Antivirais (Valganciclovir e Ganciclovir);
- IV. Outros medicamentos com indicações restritas (Bridion - máximo 01 unidade), Eprex, Granulokine, Precedex, Protromplex, Sindax, Xolair, Beriplex, Imunoglobulina, Sandostatina, Pegasys, Vysudine, Avastin, Actilyse, Albumina, Dipeptiven, Reopro, surfactantes, Prostim, Agastrat, Sandoglobulina) ou que possam surgir no mercado;
- V. Quimioterápicos e coadjuvantes (Conforme lista e regras expressas no capítulo sobre Oncologia).

15.2.4 Regras para Cobrança de Taxa de Observação

Atendimentos em Emergência, em leitos específicos para esta finalidade.

Caso o paciente necessite de observação por um mínimo de duas horas e máximo de seis horas.

Há necessidade de prescrição, evolução de admissão e de alta, feitas pelo médico assistente ou plantonista.

Deverá constar admissão, evolução e intercorrências registrados pela enfermagem;

Aplicável a casos de instabilidade clínica que requeiram administração de medicação endovenosa, monitorização ou reavaliações clínicas freqüentes.

Inclui monitorização cardíaca e oximetria.

SORO FISIOLÓGICO 10 ML/20 ML E 100 ML

Somente poderá ser pago para:

- I. Diluir medicações, conforme prescrição médica ou diluição padrão.
- II. Aspiração traqueal - conforme a quantidade de aspirações registradas pela enfermagem nas 24h (máximo de 6 unidades de SF de 10 ml a cada 24h, quando houver registro de toaleta brônquica).
- III. Curativos Simples - pequeno: poderão ser cobradas três unidades de SF 10 ml a cada troca conforme registro de enfermagem.
- IV. Curativo médio e grande - poderão ser cobrados SF de 100 ml conforme registro da enfermagem e indicação.

ÁGUA DESTILADA (AD) PARA DILUIÇÃO DE MEDICAÇÃO

Poderá ser cobrada para medicações sem diluentes ou com prescrição da diluição superior ao diluente que a acompanha.

Poderá ser cobrada para o uso do umidificador, sendo pago no máximo 250 ml nas 24 horas.

ÁGUA DESTILADA OU SORO FISIOLÓGICO DE 500 ML OU 1000 ML

Poderão ser cobrados 6 litros a cada hora do ato cirúrgico, em cirurgias com irrigação contínua, mediante descrição médica;

Nas cirurgias Ureteroscópicas poderão ser cobrados 06 litros a cada hora do ato cirúrgico;

Nos procedimentos de artroscopia do joelho e outras, poderão ser cobrados no máximo 10 litros de AD e ou SF por procedimento;

Nas artroscopias de ombro, poderão ser cobrados 07 litros por hora de cirurgia por procedimento;

Nos pacientes com irrigação vesical nas acomodações, poderá ser cobrada até 01 litro por hora, de acordo com registros de enfermagem que justifique o uso.

OBSERVAÇÃO:

Só poderá ser cobrada em caso de conta aberta, para os procedimentos que não tiverem pacote.

16. OPMES, MATERIAIS DESCARTÁVEIS, GASES MEDICINAIS, TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS E TAXAS DE SALA

16.1 OPME

Para a solicitação de Órtese, Prótese, Material Especial (OPME) no regime de internação ou eletivo, deverá o médico assistente requisitante determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) do material. É vedada a exigência de fornecedor ou marca comercial exclusivos.

A lista de material solicitado deve estar acompanhada da guia de internação e exames complementares. Os materiais passarão por cotação com os fornecedores credenciados, obedecendo o rol de OPME do IPM Saúde com os seus respectivos valores.

Nos casos em que o médico assistente requisitante julgar o material implantável inadequado ou deficiente, este deverá enviar ao IPM justificativa técnica fundamentada, por escrito, e assinada por ele, para que seja encaminhada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para as providências cabíveis.

16.1.1 Grampeadores

A liberação de grampeadores cirúrgicos será realizada para cirurgias abertas do trato gastrointestinal conforme abaixo descrito:

I. Esôfago:

- a)** Esofagectomia total – 01 grameador linear 75 ou 80 (no grameador consta uma carga); a carga extra será autorizada a partir da segunda carga, se solicitada pelo médico assistente.

II. Estômago:

- a)** Gastrectomia total – 01 grameador circular + 01 grameador linear 75 ou 80 (no grameador consta uma carga); a carga extra será autorizada a partir da segunda carga se solicitada pelo médico assistente;
- b)** Gastrectomia parcial – 01 grameador linear 75 ou 80 (no grameador consta uma carga); a carga extra será autorizada a partir da segunda carga se solicitada pelo médico assistente.

III. Colón distal e reto:

- a)** Ressecção com reconstrução imediata – 01 grameador circular + grameador CONTOUR (para as lesões de reto médio e baixo) + grameador linear 75 ou 80 (no grameador consta uma carga); a carga extra será autorizada a partir da segunda carga se solicitada pelo médico assistente;
- b)** Ressecção com reconstrução tardia – 01 grameador linear 75 ou 80 (no grameador consta uma carga); a carga extra será autorizada a partir da segunda carga se solicitada pelo médico assistente.

16.2 Materiais Descartáveis

Os Materiais Descartáveis serão autorizados conforme as regras abaixo descritas e pagas de acordo com os respectivos valores da tabela IPM.

Materiais usados para coleta de exames que já estão inclusos nas taxas dos exames (Ex.: Seringas, Scalps, Agulhas, Coletores de Urina etc).

16.2.1 Índice Bispectral (Sensor Bis)

Indicações para pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos independentemente da técnica de anestesia geral utilizada, que se incluem nas seguintes condições clínicas de elevado risco de despertar intra-operatório:

- I. Pacientes com escore elevado de risco cirúrgico (estado físico 4 ou 5, pela classificação da ASA - American Society of Anesthesiology);
- II. Pacientes com proposta de hipotermia intraoperatória cirúrgica e não cirúrgica;
- III. Pacientes obesos (com índice de massa corporal maior que 35);
- IV. Pacientes com via aérea difícil, cirurgias de monitorização neurológica intraoperatória (com tireoide, mastoide, artrodeses, escolioses etc);
- V. Cirurgias de urgência e emergência com instabilidade hemodinâmica;
- VI. Cirurgias com grandes variações volêmicas ou instabilidade hemodinâmica, cirúrgicas cardíacas e de carótidas, procedimentos de embolização cerebral e vasos carotídeos;
- VII. Procedimentos em 5 hepatopatas, pacientes com história prévia de despertar intraoperatório;
- VIII. Cirurgias em pacientes em tratamento de transtornos do humor, como a depressão, ou com tolerância ou resistência a drogas de abuso.

16.2.2 Acesso Venoso Profundo (Cateter Venoso Central)

As trocas periódicas não são recomendadas. A observação pela enfermagem deve ser diária, e estará indicada a troca, na evidência de hiperemia ou secreção no local da punção e/ou outros sinais e sintomas de infecção associada ao cateter.

Em caso de uso de cateter venoso central, considerar-se-á a descrição médica e gastos do relatório cirúrgico, assinado e carimbado pelo cirurgião para fins de pagamento.

O uso do duplo lúmen/single lúmen em UTI e Centro Cirúrgico será pago considerando-se a descrição médica e gasto do relatório cirúrgico, assinado e carimbado pelo médico que realizou o procedimento e analisado pela enfermeira auditora e previamente autorizado pela Cogestora.

Na enfermaria, o duplo lúmen somente será pago quando houver uso concomitante de medicação endovenosa e NPT (Nutrição Parenteral).

16.2.3 Acesso Venoso Periférico (Scalp, Jelco)

Quando houver necessidade de utilização de scalps/cateteres periféricos com intervalos inferiores a 96 horas, deverá ser justificada a intercorrência, com assinatura e carimbo do profissional de enfermagem, para ser analisada pela equipe de auditoria do IPM Saúde.

OBSERVAÇÃO:

Segundo a ANVISA, as taxas de flebites para catéteres venosos periféricos são semelhantes para cateteres inseridos por 72h ou 96h. Não acatar troca com justificativa vencimento de prazo. Não se faz necessário troca, quando o mesmo ainda estiver íntegro e viável.

16.2.4 Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

O PICC é um cateter de Inserção Periférica em Neo/Pediatria, inserido em veia periférica que atinge a veia cava superior. É autorizado pela auditoria da Cogestora, considerando-se a descrição médica e do enfermeiro(a) (quando este realizar o procedimento), gasto do relatório cirúrgico, assinado e carimbado pelo responsável pelo procedimento. Pagar em conta hospitalar.

16.2.5 Extensor/Perfusor

Poderá ser cobrada uma unidade a cada punção venosa com jelco, single lúmen ou cateter percutâneo.

Poderão ser cobradas duas unidades a cada punção venosa com duplo lúmen ou cateter umbilical.

Poderá ser cobrada uma unidade a cada troca de sistema, somente quando realizar nova troca de acesso periférico (jelco).

Poderá ser cobrada uma unidade a cada horário de dieta prescrita em bomba de seringa na UTI Neonatal (quando a dieta for fornecida pelo hospital).

Poderá ser cobrada uma unidade a cada dose de medicação intermitente feita em bomba de seringa na UTI Neonatal.

Poderá ser cobrada uma unidade a cada dose de medicação contínua feita em bomba de seringa na UTI Neonatal, a cada 96 horas.

16.2.6 Torneirinhas ou Tree-Way

Poderá ser cobrada quando do uso simultâneo de múltiplas medicações ou soro, com troca a cada 96 horas conforme legislação vigente.

Quando houver troca de acesso venoso antes do período recomendado, manter a troca a cada 96 horas conforme legislação vigente.

OBSERVAÇÃO:

Atenção ao número de medicamentos usados simultaneamente.

16.2.7 Polifix

Poderá ser cobrado a cada punção venosa;

Troca recomenda a cada 96 horas , conforme legislação vigente.

16.2.8 Equipo Simple

Poderá ser cobrada uma unidade a cada dose de medicação em frasco/ampola com volume superior a 24 ml (cipro, flagyl, outros) e medicações diluídas com volumes superiores a 24 ml (Profenid, Ancoron e etc). 01 unidade por medicação a cada 24h;

Poderá ser cobrada uma unidade para hidratação venosa simples ou com eletrólitos a cada 96 hora. Exceto na reposição de HV e eletrólitos, se a fase for sequencial acataremos somente uma unidade.

16.2.9 Seringas

Poderá ser cobrada uma seringa por cada medicação, na graduação indicada pela medicação. O valor da seringa inclui a agulha utilizada, exceto em seringas de 10 ml, 20 ml e 60 ml.

Na administração de medicação por sondas, poderá ser cobrada uma seringa por cada horário de medicação. Atenção ao número de medicamentos usados simultaneamente, pois caberá a mesma seringa.

Para a passagem de sondas nasogástricas, enterais ou vesicais de demora, poderá ser cobrada uma seringa de 20 ml.

Poderão ser cobradas três seringas de 20 ml nas 24 horas para lavar SNG, SNE ou gastrostomia após a dieta, quando o uso for fracionado.

Poderá ser cobrada seringa de 60 ml para lavagens de sondas vesicais em caso de obstrução ou procedimentos que comportem o seu uso.

Na UTI Neonatal poderão ser cobradas seringas para dieta, se prescrita em bomba de seringa ou oral, uma unidade a cada dieta, com graduação compatível com volume prescrito.

Na UTI Neonatal poderá ser cobrada uma seringa para diluição (padrão inicial) e uma seringa para cada administração com graduações compatíveis.

Na UTI Neonatal, caso haja rediluição, poderá ser cobrada mais uma unidade para esse fim.

Na UTI Neonatal poderá ser cobrada uma seringa de 10 ml para lavagem de cateter PICC (no máximo duas a cada 24 horas).

Será acatada uma seringa e uma agulha para coleta de cultura de urina, quando o paciente estiver com sonda de demora conforme registro da enfermagem.

Poderá ser cobrado seringa de 5ml para dosar medicação oral por horário de medicação para crianças até 01 ano de idade.

16.2.10 Equipos de Bomba de Infusão

Poderá ser cobrada uma unidade para medicação de infusão contínua a cada 96 horas (ver indicação de volume/hora).

Poderá ser cobrada uma unidade, cujo fabricante relata o uso obrigatório da bomba de infusão. Mesmo que a medicação seja de horário, uma unidade a cada 24 horas.

Poderá ser cobrado para reposição de eletrólitos a partir de três ampolas respeitando a prescrição médica;

Poderá ser cobrado para hidratação venosa independentemente do número de eletrólitos de reposição, respeitando a prescrição médica, em neonatos, paciente renal e cardiopatas ou com outras enfermidades que levem a indicação de controle rigoroso do fluxo. Em UTI para hidratação simples.

16.2.11 Equipos Fotossensíveis Simples (Macrogotas)

Poderá ser cobrada uma unidade de cada dose de medicação, para medicamentos com exigência do uso desse tipo de equipamento pelo fabricante.

Poderá ser cobrada uma unidade para medicação de infusão contínua a cada 96 horas (ver indicação de fabricante).

16.2.12 Equipe Fotossensível para Bomba de Infusão

Poderá ser cobrada uma unidade a cada 96 horas conforme prescrição médica e com indicação para uso exigida pelo fabricante do medicamento, quando em uso contínuo.

16.2.13 Cânulas/Sondas/Tubos

Cânula endotraqueal - poderá ser cobrada uma unidade por intubação ou mais de uma unidade quando houver intercorrência, justificada pelo médico assistente, para análise da auditoria do IPM.

Cânula para traqueostomia - poderá ser cobrada uma por procedimento, podendo ser trocada no caso de obstrução, descritos e registrado a troca pelo médico executante na evolução.

Sonda endotraqueal microlaringeal - poderá ser cobrada para procedimentos inerentes/descritos em boletim anestésico (laringectomias/cordectomias).

Cânula aramada poderá ser cobrada quando indicado para cirurgias de cabeça e pescoço e otorrino, devidamente relatado em boletim anestésico ou prontuário.

Sonda para aspiração traqueal - Poderá ser cobrada uma unidade para cada registro de utilização feito pela enfermagem ou fisioterapia (máximo de 6 unidades a cada 24 horas).

Quando do uso do TRACH CARE, serão pagas no máximo 04 unidades de sonda de aspiração traqueal nas 24 horas, para aspiração oral e nasal.

Sonda ureteral - Poderá ser cobrada uma sonda uretral para coleta de cultura de urina e conforme prescrição médica. É necessário registro em prontuário pela enfermagem.

Sonda nasogástrica - Conforme normatização do CDC, não se faz necessário a troca da sonda nasogástrica enquanto a mesma estiver íntegra e com bom aspecto, assim sendo,

considerar para fins de pagamento a prescrição de troca e relato da enfermagem e descrição do material utilizado, com a checagem do horário da troca assinada e carimbada;

Sonda nasoenteral - Poderá ser cobrada 01 unidade a cada 30 dias e nas trocas realizadas por EDA. Pago em conta hospitalar;

Sonda de GTT e KIT GTT- Deverão ser autorizada pela Cogestora. Poderá ser cobrada em conta hospitalar quando houver a troca da sonda.

KIT GTT- Acatar quando for passado por via endoscópica.

Sonda GTT- Acatar quando a troca for somente troca de sonda.

16.2.14 Trach Care

Poderá ser cobrada a cada 07 dias. Quando prescrito pelo médico e registrado a troca pelo(a) enfermeiro(a) em pacientes adultos e, pediátrico ou neonatal, em uso de ventilação mecânica (sistema fechado).

OBSERVAÇÃO:

Não está indicado quando em desmame intercalado com máscara de Venturi ou nebulização contínua ou BIPAP.

16.2.15 Luvas Estéreis

Poderá ser cobrada uma unidade para cada membro da equipe médica e instrumentador no Centro Cirúrgico.

Não poderá ser cobrada para o anestesista em caso de sedação.

Poderá ser cobrada mais uma unidade para cirurgião e para o técnico, nas cirurgias traumatológicas, quando do uso de gesso.

Poderá ser cobrada uma unidade para sondagem vesical, no centro cirúrgico e nas unidades de internamento;

Poderá ser cobrada uma unidade para estabelecimento de acesso venoso profundo ou outros procedimentos que não façam parte do ato cirúrgico principal.

Poderá ser cobrada para aspiração traqueal (máximo 6 pares a cada 24 horas), quando paciente estiver no respirador e sem uso de Trach Care.

Poderá ser cobrado 01 unidade para coleta de urina na urinocultura.

16.2.16 Trocater

Será liberado APENAS 01 (UM) TROCATER descartável por procedimento laparoscópico previamente autorizado e valorado conforme Tabela IPM.

16.2.17 Liga-Clips

Para colecistectomias e hérnias de hiato videolaparoscópicas, poderão ser cobradas até 06 unidades, conforme boletim cirúrgico e gasto de sala.

Para cirurgias cardíacas, poderão ser cobradas até 24 unidades conforme boletim cirúrgico e gasto de sala, nas cirurgias abertas.

Para apendicectomias videolaparoscópicas, poderão ser cobradas até 06 unidades, conforme boletim cirúrgico e gasto de sala.

Nos procedimentos em que haja necessidade da utilização e não exista pacote, poderão ser cobrados conforme relato cirúrgico, constando assinatura e carimbo do médico responsável pelo procedimento, para análise da auditoria médica do IPM Saúde.

16.2.18 Hemo Clips

Poderão ser cobrados conforme relatocirúrgico.

Poderá ser cobrado em procedimento cirúrgico videolaparoscópico que seja inerente o uso.

A Unidade de cobrança se refere ao cartucho e não ao material individual.

OBSERVAÇÃO:

No Hemo Clip, a cobrança será por unidade de cartucho (contempla 06 unidades).

16.2.19 Catéter de Oxigênio

Poderá ser cobrado um a cada 24 horas.

16.2.20 Transofix

Poderá ser pago o transofix (perfurador de transferência para líquidos estéreis) para lavagem de cavidade em procedimentos no centro cirúrgico. 01 (Uma) unidade para cada procedimento.

16.2.21 Bolsa de Colostomia/Ostomias

Apenas para pacientes em regime de internação hospitalar.

Poderá ser pago conforme indicação técnica, respeitando o tempo de troca.

Nas colostomias, o sistema deve ser trocado a cada cinco dias.

Nas ileostomias e urostomias o sistema deve ser trocado a cada três dias.

Nos casos em que for usado para outra finalidade (dreno tubular) deverá ser prescrito pelo médico assistente. Devendo constar nos registros da enfermagem.

16.2.22 Curativos Comuns / Biológicos

Pagar somente com prescrição médica e registro de enfermagem, respeitando a indicação técnica do curativo e/ou necessidade do paciente.

Somente serão pagos os curativos cadastrados na tabela vigente.

16.3 Utilização de Materiais no Centro Cirúrgico

Todos os materiais (OPME e Descartáveis) utilizados fora do padrão habitual no procedimento cirúrgico realizado, deverão constar no boletim operatório com suas respectivas justificativas.

Não serão pagos materiais (OPME e Descartáveis) com defeito e/ou falha no seu manuseio.

16.4 Taxa de Uso de Equipamentos

As Taxas de Uso de Equipamentos serão autorizadas conforme as regras abaixo descritas e pagas de acordo com os respectivos valores da tabela IPM.

16.4.1 Bipap / Trilogy

Poderá ser cobrada uma taxa/dia, por 24 horas, no primeiro dia de uso em UTI, quando em desmame do ventilador mecânico.

Poderá ser cobrada uma taxa/dia em acomodação mediante análise da auditoria in loco.

Deverá estar prescrito pelo médico e registrado pela equipe que acompanha o paciente (médico(a), enfermeiro(a), técnico de enfermagem e fisioterapeutas).

16.4.2 Kit Transdutor de Pressão

Será pago em pacientes hemodinamicamente instáveis que necessitam de monitorização do débito cardíaco (PAI/PAM) e ou PVC.

16.4.3 Intensificador de Imagem

Necessitam de autorização prévia da Cogestora IPM e são indicados para os seguintes casos:

- I.** Fraturas de colo do fêmur;
- II.** Reduções de fraturas e/ou luxações das extremidades, quando possíveis fixações percutâneas, evitando acessos cirúrgicos amplos e desnecessários;
- III.** Cirurgias ortopédicas corretivas em crianças e adolescentes, tais como osteotomias e correções de epifisiólises;
- IV.** Procedimentos de coluna vertebral;
- V.** Para implante de cateter duplo J, será pago 1/5 (0.2) do valor da taxa convencional;
- VI.** Uso concomitante com o vídeo pagar 1/5 (0.2);
- VII.** Uso no implante do PICC no adulto na hemodinâmica por angiografia, pagar 1/5 (0.2).
- VIII.** Uso concomitante com microscópio para mesmo ato cirúrgico. Acatar 1/5 (0.2).

16.4.4 Vídeo Diagnóstico e Vídeo Cirúrgico

Quando a cirurgia for autorizada por vídeo e, durante o ato cirúrgico for convertida para cirurgia aberta, não será paga a taxa de vídeo cirúrgico.

Quando realizados procedimentos cirúrgicos, acatar vídeo cirúrgico.

Quando realizados procedimentos para biópsia e exames, acatar vídeo diagnóstico.

16.5 Gases

Até 72 (setenta e duas) horas, contínuas ou não (Oxigênio - O₂), será pago o valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM.**

De 72 (setenta e duas) horas a 96 (noventa e seis) horas, contínuas ou não (Oxigênio - O₂), será pago 70% (setenta por cento) do valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM.**

Acima de 96 (noventa e seis) horas, contínuas ou não (Oxigênio - O₂), será pago 50% (cinquenta por cento) do valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM.**

Quando houver uso concomitante de gases (O₂ e Ar comprimido) em uso de ventilador mecânico, será pago 50% (cinquenta por cento) do valor de cada gás.

As frações de (O₂) uso até 30 (trinta) minutos serão cobradas como meia hora. As acima de 30 (trinta) minutos, serão cobradas como hora cheia.

A cobrança do Óxido Nitroso (N₂O) estará condicionada a existência do sistema próprio para administração do referido gás. Trata-se de um gás anestésico. Paga-se por hora ou fração de uso.

Quando uso concomitante com outros gases inalatórios (sevoflurano). Pagar NO² por hora de uso e outros gases na 1ª hora 20ml. A partir da 2ª hora reduzir o gás inalatório (sevoflurano) para 50% do ml (10ml/h).

Quando houver uso do Gás Carbônico (CO₂), o mesmo será sempre pago referente a 01 (uma) hora de utilização em cirurgias vídeoabdominais **EXCLUSIVAMENTE.**

16.5.1 Nebulizações com Broncodilatador

Inclui a seringa, diluente e broncodilatadores.

Poderá ser cobrada medicação não broncodilatadora, quando prescrita por via inalatória.

Gases (oxigênio/ar comprimido) usados para esse fim estão inclusos na taxa.

MEDICAÇÕES PARENTERAIS

Pagar conforme estabilidade da droga, considerando vazão em bomba de infusão e prescrição médica.

17. DIÁRIAS E TAXAS HOSPITALARES

CONCEITO: É a permanência de um paciente por um período indivisível de 24 horas em uma unidade hospitalar.

17.1 Diárias

17.1.1 Diária em Enfermaria – 80010393

COMPOSIÇÃO:

- Leito próprio(cama/berço);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia ou parenterais);
- Cuidados de enfermagem;
- Administração de medicamentos por todas as vias;
- Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- Controle de sinais vitais;
- Controle de diurese, de drenos, de aspiração contínua, de balanço hídrico;
- Curativos (EXCLUSO MATERIAL);

- Sondagens;
- Aspirações, inalações;
- Mudança de decúbito;
- Locomoção interna do paciente.
- Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico, etc);
- Cuidados e higiene pessoal do paciente (INCLUSO MATERIAL);
- Preparo de corpo em caso de óbito (incluso material);
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Transporte de equipamentos (raio X, eletrocardiógrafo, ultrassonografia, etc);
- Prescrição de enfermagem;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme legislação em vigor;
- Material e soluções de assepsia e antisepsia (bolas de algodão, álcool, clorexidina qualquer tipo, povidine tópico e degermante);
- Atendimento de intercorrências pelo médico plantonista.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõem o carrinho);
Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;

- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscaradescartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou gorros,dispositivo para descarte dematerialperfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32);
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.1.2 Hospital-Dia – 80015042

CONCEITO:

É o regime de assistência alternativa entre a internação e o atendimento ambulatorial. Para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, o Hospital-dia é indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um **PERÍODO MÁXIMO DE 12 HORAS** (Portaria nº 44/GM/2001).

Na assistência em saúde mental, o Hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente (Portaria nº 224/MS).

O IPM Saúde, só pagará Diária de Hospital-dia, mediante guia de internação para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e/ou terapêuticos. Em nenhuma hipótese será pago para guia ambulatorial.

COMPOSIÇÃO:

- Leito próprio(cama/berço);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia ou

- parenterais);
- Cuidados de enfermagem;
 - Administração de medicamentos por todas as vias;
 - Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
 - Controle de sinais vitais;
 - Controle de diurese, de drenos, de aspiração contínua, de balanço hídrico;
 - Curativos (EXCLUSO MATERIAL);
 - Sondagens;
 - Aspirações, inalações;
 - Mudança de decúbito;
 - Locomoção interna do paciente.
 - Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico, etc);
 - Cuidados e higiene pessoal do paciente (INCLUSO MATERIAL);
 - Preparo de corpo em caso de óbito (incluso material);
 - Orientação nutricional no momento da alta;
 - Transporte de equipamentos (raio X, eletrocardiógrafo, ultrassonografia, etc);
 - Prescrição de enfermagem;
 - Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme legislação em vigor;
 - Material e soluções de assepsia e antisepsia (bolas de algodão, álcool, clorexidina qualquer tipo, povidine tópico e degermante);
 - Atendimento de intercorrências pelo médico plantonista.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõem o carrinho);
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;

- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou gorros, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32);
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.1.3 Berçário de Médio Risco – 80042031

COMPOSIÇÃO:

- Incubadora / Berço Aquecido;
- Monitor Cardíaco, PA Invasiva e Débito cardíaco (exceto cateteres);
- Oxímetro de Pulso;
- Desfibrilador /Cardioversor;
- Nebulizador;
- Aspirador a vácuo (exceto o de aspiração contínua); inclui tubo de silicone/látex; Bomba de infusão e bomba de seringa;
- Monitorização contínua do paciente (pressão não invasiva, PVC, temperatura);
- Gerador de Marca-passo(provisório);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Capacete de *hood*.

OBSERVAÇÃO: NÃO INCLUI FOTOTERAPIA.

17.1.4 Isolamento em Acomodação Individual – 8010342

Para liberação nessa acomodação, faz-se necessário parecer da CCIH, cultura e antibiograma. Nas situações de isolamento empírico/clínica, será concedida essa acomodação até resultado da cultura inicial. Nos casos de prorrogação de tratamento antibiótico, faz-se necessário a nova cultura, antibiograma e CCIH.

Coberto por 72h, até resultado da cultura negativa com ou sem parecer da CCIH. Após 72h se cultura positiva com parecer da CCIH até conclusão do esquema de antibioticoterapia.

COMPOSIÇÃO:

- Leito próprio(cama/berço);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia ou parenterais);
- Cuidados de enfermagem;
- Administração de medicamentos por todas as vias;
- Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- Controle de sinais vitais;
- Controle de diurese, de drenos, de aspiração contínua, de balanço hídrico;
- Curativos (EXCLUSO MATERIAL);
- Sondagens;
- Aspirações, inalações;
- Mudança de decúbito;

- Locomoção interna do paciente.
- Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico, etc);
- Cuidados e higiene pessoal do paciente (INCLUSO MATERIAL);
- Preparo de corpo em caso de óbito (incluso material);
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Transporte de equipamentos (raio X, eletrocardiógrafo, ultrassonografia, etc);
- Prescrição de enfermagem;
- Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme legislação em vigor;
- Material e soluções de assepsia e antisepsia (bolas de algodão, álcool, clorexidina qualquer tipo, povidine tópico e degermante);
- Atendimento de intercorrências pelo médico plantonista.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõem o carrinho);
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou gorros, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo

de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32);

- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.1.5 Diária de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Pediátrica - 80010717

Abrangem todos os itens que compõem as diárias normais, acrescidos de:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito, pois já é remunerado plantonista 12 horas;
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;
- Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo inclui sensor de temperatura);
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: *bandaid*, *blood stop*), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, *povidine* tópico e degermante, éter, *asseptol*, cloxedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo

cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;

- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos e soros;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
- Macro nebulizador;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTO:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Gerador de marca-passo (provisório);

- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo inclui cabos;
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos;
- Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva. Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico/BIPAP inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Aparelho/equipamento para Fototerapia Convencional ou tipo Biliberço e Bilispot: inclui a taxa de uso;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propés, toucas ou gorros, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32, NR 6 e NR 9;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.1.6 Diária de Isolamento em UTI – 80015000

Não se paga a referida diária separadamente na Unidade de Terapia Intensiva.

Para liberação nessa acomodação, faz-se necessário parecer da CCIH, cultura e antibiograma. Nas situações de isolamento empírico/clínica, será concedida essa acomodação até resultado da cultura inicial. Nos casos de prorrogação de tratamento

antibiótico, faz-se necessário a nova cultura, antibiograma e CCIH.

Coberto por 72h, ate resultado da cultura negativa com ou sem parecer da CCIH. Após 72h se cultura positiva com parecer da CCIH ate conclusão do esquema de antibioticoterapia.

COMPOSIÇÃO:

- Leito próprio(cama/berço);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente;
- Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- Dieta do paciente de acordo com a prescrição médica, exceto dietas especiais (enterais, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia ou parenterais);
- Cuidados de enfermagem;
- Administração de medicamentos por todas as vias;
- Preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos;
- Controle de sinais vitais;
- Controle de diurese, de drenos, de aspiração contínua, de balanço hídrico;
- Curativos (EXCLUSO MATERIAL);
- Sondagens;
- Aspirações, inalações;
- Mudança de decúbito;
- Locomoção interna do paciente.
- Preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, lavagem gástrica, tricotomia, preparo cirúrgico, etc);
- Cuidados e higiene pessoal do paciente (INCLUSO MATERIAL);
- Preparo de corpo em caso de óbito (incluso material);
- Orientação nutricional no momento da alta;
- Transporte de equipamentos (raio X, eletrocardiógrafo, ultrassonografia, etc);
- Prescrição de enfermagem;

- Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme legislação em vigor;
- Material e soluções de assepsia e antisepsia (bolas de algodão, álcool, clorexidina qualquer tipo, povidine tópico e degermante);
- Atendimento de intercorrências pelo medicoplantonista.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de Emergência (incluso todos os equipamentos que compõem o carrinho);
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG:
incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propé, toucas ou gorros, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

17.1.7 Diárias de UTI Neonatal - 80017037

Abrangem todos os itens que compõem as diárias normais, acrescidos de:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA); Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito, pois já é remunerado plantonista 12 horas;
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;
- Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo inclui sensor de temperatura);
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: *bandaid*, *blood stop*), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, *povidine* tópico e degermante, éter, *asseptol*, cloxedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Taxa administrativa do hospital;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;

- Cortador de frascos e soros;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Incubadora / BerçoAquecido;
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
- Macro nebulizador
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTO:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo inclui cabos;
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC,PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana) - inclui cabos. Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva;

- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico/BIPAP inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- Aparelho/equipamento para Fototerapia Convencional ou tipo Biliberço e Bilispot: incluía taxa de uso;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG 9 incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma0;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não estéril, máscara descartável ou cirúrgica, máscara N 95, avental descartável, propés, toucas ou gorros, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32, NR 6 e NR 9;
- Capacete de hood;
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

OBSERVAÇÃO - ITENS NÃO INCLUÍDOS NA COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS:

- Materiais descartáveis e Medicamentos;
- Honorários médicos;
- Serviços Auxiliares De Diagnóstico e Tratamento - SADT;
- Gasoterapia;
- Hemoterapia;
- Dietas especiais (Enteral e parenteral).

Uso de oxímetros/monitores, BIPAP e similares em **Enfermaria**, não necessitam de autorização prévia. Ficarão à critério da avaliação técnica da Auditoria de Enfermagem nas seguintes situações:

- I. Oxímetros/Monitores com registros de no mínimo 03 (três) vezes ao dia de saturação de oxigênio e frequência cardíaca (taxa única);
- II. BIPAP e similares: sem cobertura para uso como técnica fisioterapêutica em nenhuma unidade de internamento;
- III. BIPAP e similares quando na UTI. Acatamos nas 1ª 24h de uso ou alta.

Uso de duplo lúmen na **Enfermaria** será acatado apenas quando em uso concomitante com Nutrição Parenteral Total.

17.2 Taxas Hospitalares

17.2.1 Taxa de Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) – 80020305

CONCEITO: Designa-se sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) uma unidade de cuidados específicos cuja função é garantir a recuperação segura da anestesia e prestar cuidados pós-operatórios imediatos a pacientes egressos das salas de cirurgias (RESOLUÇÃO nº 44/2012 - CREMEC).

Todo paciente submetido a anestesia geral, regional, bloqueio terapêutico ou sedação, deverá ser enviado à sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), salvo recomendação em contrário do anestesiológico responsável pelo procedimento (RESOLUÇÃO nº 44/2012 - CREMEC).

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo);
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Fitas adesivas de qualquer tipo: como, esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumental/Equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Máscara Laríngea qualquer tipo ou modelo;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo);
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propé;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traquéias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Gerador de Marca Passo;
- Kit de Lavagem Pulsátil;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos;
- Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva;
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;

- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e BIPAP, incluem: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, tré-pano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

A FICHA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA DEVE INCLUIR:

- I. Identificação do(s) Anestesiologista(s) responsável(is) e o registro do momento da admissão do paciente pelo médico plantonista da sala de recuperação pós-anestésica;
- II. Identificação do paciente;
- III. Momentos da admissão e da alta;
- IV. Recursos de monitorização adotados;
- V. Registro da consciência, pressão arterial, frequência cardíaca, oxigenação, atividade motora e intensidade da dor do paciente a intervalos não superiores a quinze minutos;
- VI. Soluções e fármacos administrados (momento de administração, via e dose);
- VII. Intercorrências e eventos adversos associados ou não à anestesia. (RESOLUÇÃO nº 44/2012 - CREMEC).

NA SRPA, DESDE A ADMISSÃO ATÉ O MOMENTO DA ALTA, OS PACIENTES PERMANECERÃO MONITORADOS QUANTO:

- À circulação, incluindo aferição da pressão arterial e dos batimentos cardíacos e determinação contínua do ritmo cardíaco, por meio da cardioscopia;
- À respiração, incluindo determinação contínua da oxigenação do sangue arterial e oximetria de pulso;
- Ao estado de consciência;
- À intensidade da dor;
- À evolução do quadro de bloqueio motor e/ou simpático nos pacientes sob bloqueios regionais e/ou centrais. (RESOLUÇÃO nº 44/2012 - CREMEC).

17.2.2 Taxa de Sala de Observação em Pronto Atendimento (De 02 a 06 HORAS) – 80031501

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumental/equipamentos básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/ incubadoras qualquer tipo ou modelo);
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;

- Fitas adesivas de qualquer tipo: como, esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongador) qualquer tipo ou modelo;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo);
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;

- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Curativo: se refere ao ato de realizar procedimento de Enfermagem inclui: instrumental, invólucros para o instrumental, fita teste, esparadrapo ou micropore, fta crepe, algodão e soluções de assepsia e antissepsia como: álcool, polvidine tópico e degermante, éter, água oxigenada, clorexidina qualquer tipo;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório; incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;
- Monitorização contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana);
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;
- Transporte dos equipamentos, como raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traquéias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG: incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano,

- entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

REGRAS PARA COBRANÇA:

- Atendimentos em Emergência, em leitos específicos para esta finalidade;
- Caso o paciente necessite de observação por um mínimo de 02 (duas) horas;
- Há necessidade de prescrição, evolução de admissão e de alta, feitas pelo médico assistente ou plantonista;
- Aplicável a casos de instabilidade clínica que requeiram administração de medicação endovenosa, monitorização ou reavaliações clínicas frequentes;
- Inclui monitorização cardíaca e oximetria.

17.2.3 Taxa de Alimentação para Acompanhante em Enfermaria - 80011063

O IPM Saúde prevê a cobertura de despesas de diária de um acompanhante no local da internação se o paciente for menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos, bem como os portadores de necessidades especiais, caso o médico recomendar.

17.2.4 Taxa de Sala de Gesso - 80031307

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Serviço de Enfermagem;
- Instrumental/equipamento básico que são permanentes na unidade;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade;
- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido;/ incubadora qualquer tipo ou modelo);
- Mesa operatória;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tamanho, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propé);
- Pulseira de identificação;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação, exceto nos curativos;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, cloxedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; anti-séptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTOS:

- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Tococardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG (incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma);
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo inclui cabos;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6 , NR 9, NR 32).
- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.2.5 Taxa de Sala de Cirurgia Ambulatorial – 80030513

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumental/equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental /equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Mesa operatória;
- Pulseira de identificação paciente e acompanhante;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé, botas;
- Instalações da sala;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação, exceto para curativos;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine tópico e degermante, éter, asseptol, clorexidina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;

- Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo);
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Dietas e complementos alimentares por via oral de acordo com a prescrição médica, exceto dietas enterais, parenterais e suplementos alimentares;
- Orientação nutricional no momento da alta; Avaliação nutricional da alimentação ao paciente, pela nutricionista;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Laríngea qualquer tipo ou modelo;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável;
- Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongador) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTOS:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo inclui tubo de silicone/látex;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de Circulação extra corpórea;
- Cal sodada;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo, inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);

- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo inclui cabos e gel;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG:
incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambú e macronebulizador;
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas, brocas, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador são instrumentos cirúrgicos que constituem o material básico para a realização do procedimento;
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos; Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos.
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a

NR 32

(legalidade NR 6 , NR 9, NR 32);

- Oxímetro de pulso;
- Termômetro.

17.2.6 Taxa de Sala de Centro Cirúrgico – 80023037

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Mobiliários para a cirurgia (mesas, hamper, focos cirúrgicos);
- Filtro HEPA, Fluxo Laminar;
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Instrumentador;
- Instrumental/Equipamento básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental para realização de curativos (inclui desinfecção e esterilização);
- Mesa operatória;
- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé, botas;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental.
Higienização
concorrente e terminal, incluindo todos os materiais de uso na higiene e desinfecção;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fta crepe, curativo adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação, exceto curativos;
- Materiais e soluções de assepsia e antissepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool,

- polvidine
tópico e degermante, éter, asseptol, cloxedina qualquer tipo;
- Sabonete líquido qualquer tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
 - Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
 - Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo);
 - Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
 - Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
 - Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
 - Máscara Laríngea qualquer tipo ou modelo;
 - Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
 - Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
 - Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios;
 - Cortador de frascos de soro;
 - Lixa cirúrgica permanente ou descartável;
 - Marcador cirúrgico tipo caneta, (exceto azul de metileno na condição de utilização descrita em observação) qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTO:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador de caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);

- Bomba de Circulação extra corpórea;
- Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
- Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
- Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma – ECG:
incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambúemacronebulizador;
- Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
- Gerador de marca-passo (provisório);
- Os instrumentais cirúrgicos como drill, garrote pneumático, trépano, frezas, brocas, serras, lâminas de serras, lavagem pulsátil e bico de aspirador são instrumentos cirúrgicos que constituem o material básico para a realização do procedimento;
- Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo; inclui cabos
- Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos. Não inclui o material descartável para a instalação da monitorização invasiva.
- Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
- Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
- Oxímetro, qualquer tipo ou modelo incluir sensor e cabo;
- O ato de transportar os equipamentos, como: raio X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros. Não é pertinente a cobrança da taxa de transporte de equipamentos;
- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico inclui: circuito respiratório, traqueias, conexões, descartáveis ou não;

- Conjunto para inalação, extensor de látex para oxigenioterapia e aspiração;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

17.2.7 Taxa de Sala Hemodinâmica – 80030874

A Taxa de Sala de Hemodinâmica poderá ser cobrada para procedimentos que deverão ser realizados impreterivelmente nessa unidade, com exceção de implantes de acessos venosos de quaisquer naturezas.

COMPOSIÇÃO:

- Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002 da ANVISA);
- Iluminação (focos) de qualquer tipo ou modelo;
- Serviço de Enfermagem, incluindo Instrumentador;
- Instrumental/equipamentos básico para a cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade;
- Instrumental/Equipamento básico e de anestesia para cirurgia e também aqueles que são permanentes na unidade. O campo iodorado está incluso na Tx de Sala conforme atas o Campo Adesivo ou SteriDrape estão inclusos na Tx de Sala conforme descrição. Inclui desinfecção e esterilização;
- Instrumental/equipamentos de anestesia e também aqueles que são permanentes na unidade; inclui desinfecção e esterilização;
- Leito próprio comum ou especial (cama; berço/berço aquecido/ incubadora qualquer tipo ou modelo);
- Mesa operatória;

- Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: avental cirúrgico, campo cirúrgico de qualquer tipo e modelo, inclusive os campos cirúrgicos adesivos iodoforados),
escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propé e botas;
- Colchão para prevenção de lesões cutâneas de qualquer tipo ou modelo;
- Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo como: esparadrapo, micropore, fita crepe, curativos adesivos de qualquer tipo ou modelo (ex: bandaid, blood stop), usados em qualquer procedimento durante a internação;
- Compressas cirúrgicas qualquer tipo ou modelo;
- Materiais e soluções de assepsia e antisepsia. Inclui: bolas de algodão, álcool, polvidine
tópico e degermante, éter, asseptol, cloxedina qualquer tipo, sabonete líquido qualquer
tipo, escova para assepsia (qualquer tipo ou modelo), inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis;
- Dosador para medicação via oral; copos descartáveis; bolinha de algodão para medicação
parenteral e punções venosas; antisséptico (álcool 70%), seringa dosadora descartável;
- Pulseira de identificação do paciente e acompanhante;
- Troca de roupa de cama e banho do paciente e acompanhante;
- Cânula de guedel, qualquer tipo ou modelo;
- Cortador de frascos de soro;
- Máscara Facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo;
- Tubo de silicone, látex (prolongamento) qualquer tipo ou modelo;
- Lixa cirúrgica permanente ou descartável, qualquer tipo ou modelo;
- Marcador cirúrgico qualquer tipo ou modelo.

EQUIPAMENTO:

- Aspirador elétrico e/ou a vácuo;
- Bisturi elétrico, placa de bisturi, eletrodo de bisturi, caneta para bisturi, prolongador

- de
- caneta de bisturi (qualquer tipo ou modelo) inclui gel;
- Bomba de infusão, qualquer tipo ou modelo (inclui Bomba de Seringa qualquer tipo ou modelo);
 - Capnógrafo, qualquer tipo ou modelo;
 - Carrinho de emergência/anestesia inclui: Cal sodada, circuitos e sensores e traqueias descartáveis ou não. Incluso todos os equipamentos que compõe o carrinho;
 - Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscara, extensão e reservatório para o medicamento), descartável ou não;
 - Nebulizador, qualquer tipo ou modelo;
 - Conjunto para inalação, extensor de Látex para oxigenoterapia e aspiração;
 - Higiene pessoal do paciente, incluindo todo material utilizado, materiais como: espátula, absorventes, hidratantes * dentífrício, sabonete de qualquer tipo e higienizante bucal, hastes de algodão para a higiene ocular, ouvido e nariz;
 - Desfibrilador/cardioversor, qualquer tipo ou modelo;
 - Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório incluem cabos, circuito respiratório, máscaras nasais, bocais e faciais, com ou sem coxim, ambúmacronebulizador;
 - Equipamentos que são específicos para a realização do procedimento, de qualquer tipo ou modelo e que sejam permanentes na unidade;
 - Filtro Umidificador/Antibacteriano para ventilação;
 - Gerador de marca-passo (provisório);
 - Monitores em geral, de qualquer tipo ou modelo;
 - Monitorização Invasiva contínua do paciente (alguns exemplos: Pressão - Invasiva, PVC, PAM, Temperatura, Pressão Intracraniana); inclui cabos;
 - Oxímetro, qualquer tipo ou modelo;
 - O ato de transportar os equipamentos, como raio-X, intensificador de imagem, eletrocardiógrafo, ultrassom, equipamento de vídeo, microscópio oftálmico, trépano, entre outros;

- Ventilador/Respirador mecânico ou eletrônico e circuito respiratório;
- Bomba de Circulação extra corpórea;
- Cal sodada;
- Eletrocardiógrafo o equipamento e a taxa do aparelho para o Eletrocardiograma* – ECG:
incluso o papel e os eletrodos descartáveis bem como todos os insumos necessários para realização do exame de eletrocardiograma;
- Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 32 (legalidade da NR 6, NR 9, NR 32).

17.2.8 Taxa de Sala de Endoscopia/Colonoscopia

Vide item TAXA DE SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL – 80030513

ITENS NÃO INCLUSOS NA COMPOSIÇÃO DAS TAXAS HOSPITALARES:

- Gases anestésicos e oxigênio;
- Equipamentos ou aparelhos de uso eventual não inclusos acima;
- Honorários médicos, exceto na Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA);
- Medicamentos;
- SADT.

2. Os demais dispositivos do Edital supracitado permanecem inalterados.

Fortaleza, 07 de junho de 2022.

Josué de Sousa Lima
Superintendente do IPM

Débora Marques do Nascimento
Presidente do IMPARH