



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XI - TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM

GASES	UNIDADE	VALOR (R\$)
OXIGÊNIO (O ₂)	HORA	16,29
AR COMPRIMIDO (N ₂ O)	HORA	11,17
ÓXIDO NITROSO (N ₂ O)	HORA	37,23
DIÓXIDO DE CARBONO (CO ₂)	HORA	16,29
NITROGÊNIO (N)	HORA	14,90

CRITÉRIOS DE COBRANÇA:

1. Até 72 (setenta e duas) horas será pago o valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM**;
2. De 72 (setenta e duas) horas a 96 (noventa e seis) horas será pago 70% (setenta por cento) do valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM**;
3. Acima de 96 (noventa e seis) horas será pago 50% (cinquenta por cento) do valor da **TABELA DE GASES MEDICINAIS DO IPM**;
4. Quando houver uso concomitante de gases em uso de ventilador mecânico, será pago 50% (cinquenta por cento) do valor de cada gás;
5. As frações de uso até 30 (trinta) minutos serão cobradas como meia hora. As acima de 30 (trinta) minutos, serão cobradas como hora cheia.
6. A cobrança do Óxido Nitroso (N₂O) estará condicionada a existência do sistema próprio para administração do referido gás.
7. Quando houver uso do Gás Carbônico (CO₂), o mesmo será sempre pago referente a 01 (uma) hora de utilização.



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

**ANEXO XII – TABELA DE MEDICAMENTOS, SOLUÇÕES PARENTERAIS E OFICINAIS, INSUMOS
RADIOATIVOS E CONTRASTES RADIOLÓGICOS DO IPM**

1. REFERÊNCIA OU DE MARCA: cobrança conforme valores atualizados pelo BRASÍNDICE; aplica-se o preço de fábrica (PF) na coluna Ceará, acrescido de 15% (quinze por cento).
2. GENÉRICOS: cobrança conforme valores atualizados pelo BRASINDICE; aplica-se o preço de fábrica (PF) na coluna Ceará, acrescido de 25% (vinte e cinco por cento).
3. SIMILAR OU EQUIVALENTE: cobrança conforme valores atualizados pelo BRASÍNDICE; aplica-se o preço de fábrica (PF) na coluna Ceará, acrescido de 25% (vinte e cinco por cento).
4. INSUMOS RADIOATIVOS, CONTRASTES PARAMAGNÉTICOS, CONTRASTES IÔNICOS E NÃO IÔNICOS: cobrança conforme valores atualizados pelo BRASINDICE; aplica-se o Preço de Fábrica (PF) na coluna Ceará com deflator de 10% (dez por cento).
5. SOLUÇÕES E AFINS: cobrança conforme valores atualizados pelo BRASÍNDICE; aplica-se o Preço de Fábrica (PF) na coluna Ceará.

OBSERVAÇÃO(1): O IPM adotará sempre o menor preço dentre as classes citadas como valor de referência para pagamento; e, embora seja prerrogativa do médico assistente a escolha do medicamento de marca em detrimento ao genérico, o IPM não se envolverá ou questionará este tipo de decisão, apenas aplicará o menor valor encontrado, conforme dispõe a Lei Federal nº 8.666/93.

OBSERVAÇÃO(2): O IPM, durante a vigência do Termo de Credenciamento, poderá incluir na lista de medicamentos a serem pagos por miligrama utilizada, outras medicações além das oncológicas, determinação que deverá ser seguida por todos os prestadores pessoa jurídica.



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XIII - TABELA DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) DO IPM

CARDIOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.01.001/0	CARDIODESFIBRILADOR COM MARCAPASSO MULTI-SÍTIO
90.01.001/1	CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR – GERADOR
90.01.001/2	GERADOR (MARCAPASSO – UNICAMERAL)
90.01.001/3	GERADOR (MARCAPASSO – BIICAMERAL)
90.01.001/4	GERADOR (MARCAPASSO –TRICAMERAL)
90.01.001/5	GERADOR ELUNA 8HFT
90.01.001/6	GERADOR DE MARCAPASSO ALLURE
90.02.001/34	GERADOR VALITUDE RESSINCRONIZADOR
90.01.001/7	STENT CORONARIANO CONVENCIONAL
90.01.001/8	STENT CORONARIANO FARMACOLÓGICO
90.01.001/9	ELETRODO VENTRICULAR SÁFIO 60
90.01.001/10	ELETRODO ATUAL SÁFIO 53
90.01.001/11	ELETRODO EPICÁRDIO
90.01.001/12	ELETRODO DE VENTRÍCULO ESQUERDO
90.01.001/13	KIT DE PUNÇÃO P/ USO CORONÁRIO
90.01.001/14	CONJUNTO DE ELETRODO P/USO CORONÁRIO
90.01.001/15	INTRODUTOR
90.01.001/16	CATETER PARA CAUTERIZAÇÃO DO USO CORONÁRIO
90.01.001/17	CATETER GUIA 6F
90.01.001/18	PRÓTESE VALVULAR BIOLÓGICA
90.01.001/19	OXIGENADOR DE MEMBRANA
90.01.001/20	KIT SEM CEC
90.01.001/21	CARDIOPUNCH
90.01.001/22	HEMOCONCENTRADOR
90.01.001/23	FILTRO DE LINHA ARTERIAL
90.01.001/24	RESERVATÓRIO PARA CARDIOPLEGIA
90.01.001/25	CONJUNTO DE TUBOS PARA CEC
90.01.001/26	SISTEMA DE DRENAGEM MEDIASTINAL
90.01.001/27	KIT CÂNULA
90.01.001/28	KIT CÂNULA ARAMADA AÓRTICA Nº24
90.01.001/29	CÂNULA ARAMADA CAVA Nº 30
90.01.001/30	PERICÁRDIO BOVINO
90.01.001/31	BOMBA CENTRÍFUGA (BIOPUMP)
90.01.001/32	ESTABILIZADOR DE TECIDOS
90.01.001/33	POSICIONADOR DE TECIDOS
90.01.001/35	COLA EVICEL 2ML + APLICADOR
90.01.001/36	BALÃO PARA ANGIOPLASTIA



90.01.001/37	BALÃO SEMICOMPLACENTE
90.01.001/38	AUTOLOG (RECUPARETOR DE HEMÁCIAS)
90.01.001/39	ARAME GUIA J0,14
90.01.001/40	SURGICEL
90.01.001/41	ANGIOSEAL
90.01.001/42	FILTRO DE PROTEÇÃO
90.01.001/43	ARAME GUIA HIDROFÍLICO
90.01.001/44	PRESEP
90.01.001/45	FLOTRAC
90.01.001/46	BALÃO PARA ATP ARAMADO 35
90.01.001/47	BALÃO CORONÁRIO JUTURNA 2,5X280
90.01.001/48	BALÃO ALTA PRESSÃO
90.01.001/49	INTRODUTOR 4F/5F/6F
90.01.001/51	BAINHA CORONÁRIA
90.01.001/52	FIO GUIA STIFF
90.01.001/54	CATETER AMPLATZ
90.01.001/55	CATETER MAMÁRIO
90.01.001/56	CATETER VERTEBRAL 4F/5F/6F

CIRURGIA GERAL

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.02.001/0	CARGA PARA GRAMPEADOR CIRCULAR
90.02.001/1	CARGA PARA GRAMPEADOR CORTANTE ENDOSCÓPICO
90.02.001/2	CARGA PARA GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
90.02.001/8	GRAMPEADOR CIRCULAR INTRALAMINAL
90.02.001/9	GRAMPEADOR CIRCULAR PARA PROLAPSO MUCOSO
90.02.001/10	GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE
90.02.001/11	GRAMPEADOR LINEAR CORTANTE ENDOSCÓPICO
90.02.001/12	HEMOSTÁTICO (BASE CELULOSE OU COLAGENO)
90.02.001/13	PATCH INORGÂNICO POR cm ² (ATÉ 260 cm ²)
90.02.001/14	PATCH ORGÂNICO POR cm ² (ATÉ 260 cm ²)
90.02.001/20	VÁLVULA BRÔNQUICA PARA TTO DE FUGA AÉREA E HIPERINSUFLAÇÃO
90.02.001/21	VÁLVULA PARA TRATAMENTO DE ASCITE
90.02.001/22	MANIPULADOR UTERINO C/ RESERVATÓRIO
90.02.001/23	MANIPULADOR UTERINO S/ RESERVATÓRIO
90.02.001/24	HEMOLOCK
90.02.001/25	ENDOBAG
90.02.001/26	SECURESTRAP
90.02.001/27	TELA ULTRAPO 30 X 30
90.02.001/28	PINÇA HARMONIC ACE 35
90.02.001/29	PINÇA ULTRASSÔNICA HARMONIC
90.02.001/30	PINÇA ULTRACISION + 7
90.02.001/31	PINÇA SELADORA DE VASOS
90.02.001/32	PINÇA BIPOLAR HEMOSTÁTICA (ENSEAL)
90.02.001/33	TESOURA ULTRASSONIC DE 5



CIRURGIA TORÁCICA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.03.001/0	CONJUNTO PARA DERIVAÇÃO SIRINGO-PLEURAL – CIR. TORÁCICA

ENDOSCOPIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.04.001/0	BALÃO DILATADOR CPRE
90.04.001/1	BALÃO EXTRATOR DE CALCULO DE VIA BILIAR
90.04.001/2	CATETER DE DRENAGEM BILIAR
90.04.001/3	CESTA TIPO “BASKET”
90.04.001/4	FIO GUIA PARA CPRE
90.04.001/6	KIT PROTESE BILIAR
90.04.001/7	ÓRTESE AUTO EXPANSÍVEL DE RETO
90.04.001/8	ÓRTESE AUTO EXPANSÍVEL DE COLON
90.04.001/9	ÓRTESE AUTO EXPANSÍVEL DE DUODENO
90.04.001/10	ÓRTESE AUTO EXPANSÍVEL DE ESOFAGO
90.04.001/11	ORTESE TRAQUEAL
90.04.001/12	PAPILÔTOMO

MASTOLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.05.001/0	EXPANSOR PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA
90.05.001/1	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA ANAT. GEL/SILICONE
90.05.001/2	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA ANAT. TEXTURIZADA
90.05.001/3	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA GEL TEXTURIZADA
90.05.001/4	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA LISA PRFIL MODERADO
90.05.001/5	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓLO INF. ANAT. GEL/SILICONE
90.05.001/6	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA REDONDA DUPLO LUMEN LISA
90.05.001/7	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA REDONDA ESPUMA
90.05.001/8	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA REDONDA LISA
90.05.001/9	IMPLANTE PARA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA REDONDA TEXTURIZADA
90.05.001/10	EXPANSOR ANATÔMICO C/ VÁLVULA INTEGRADA MENTOR
90.05.001/11	EXPANSOR MAMÁRIO TIPO BECKER
90.05.001/12	PRÓTESE DE SILICONE 350 CC
90.05.001/13	PRÓTESE MENTOR 332
90.05.001/14	EXPANSOR DE TECIDO ANATÔMICO
90.05.001/15	PRÓTESE REDONDA PERFIL ALTO
90.05.001/16	KIT ACESSÓRIO AMS SFINCTER ARTIFICIAL



NEUROLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.07.001/0	CATETER PARA MEDICAÇÃO DE PIC MICROSENSOR (COM KIT DE ACESSO)
90.07.001/1	CIMENTO CIRÚRGICO PARA CRANIOPLASTIA
90.07.001/2	KIT PARA ASPIRADOR ULTRASSÔNICO
90.07.001/3	PLACA PARA CRANIOPLASTIA
90.07.001/4	CONJUNTO PARA DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA
90.07.001/5	CONJUNTO PARA HIDROCEFALIA
90.07.001/6	CONJUNTO PARA DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-ATRIAL (NEUROCIRURGIA)
90.07.001/7	CONJUNTO PARA DERIVAÇÃO VENTRÍCULO-PERITONEAL (NEUROCIRURGIA)
90.07.001/8	KIT CATETER VENTRÍCULO PERITONEAL
90.07.001/9	MINI PARAFUSO DE TITÂNIO
90.07.001/10	HEMOSTÁTICO EM PÓ CURASPOON
90.07.001/11	SELANTE DURAL
90.07.001/12	HASTE LONGITUDINAL
90.07.001/13	PARAFUSO PERDICULAR
90.07.001/14	BLOQUEADORES PARA PARAFUSO
90.07.001/15	DISPOSITIVO INTERSSOMÁTICO EM PEEK
90.07.001/16	ESPAÇADOR INTRAESPINHOSO
90.07.001/17	BROCA
90.07.001/18	PINÇA BIPOLAR
90.07.001/19	PLACA CERVICAL ANTERIOR
90.07.001/20	CAGE CERVICAL
90.07.001/21	PARAFUSO PARA PLACA CERVICAL
90.07.001/22	SUBSTITUTO DE DURA-MATER(PATCH PTFE)
90.07.001/23	KIT VÁLVULA DE PRESSÃO PROGRAMÁVEL
90.07.001/24	PACOTE CLIP RANEY
90.07.001/25	CATETER DERIVAÇÃO LOMBAR EXTERNA
90.07.001/26	MICRO DISSECTOR
90.07.001/27	HASTE
90.07.001/28	GANCHO
90.07.001/29	PARAFUSO INTERSSOMÁTICO
90.07.001/30	MINI PLACA DE TITÂNIO
90.07.001/31	CIMENTO ÓSSEO
90.07.001/32	KIT MONITORIZAÇÃO PARENQUIMATOSO
90.07.001/33	CERÂMICA PÓS FOSFOCÁLCICA
90.07.001/34	BROCA CIRÚRGICA AUTO-BLOQUEÁVEL
90.07.001/35	CLIP PARA ANEURISMA
90.07.001/36	VÁLVULA PARA HIDROCEFALIA MÉDIA PRESSÃO
90.07.001/37	KIT PARA MONITORIZAÇÃO INTRA OPERATÓRIO
90.07.001/38	KIT PARA MONITORIZAÇÃO NEUROFACIAL

NEFROLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.08.001/1	CATETER BALÃO ATLAS
90.08.001/2	CATETER PERMACATH



TRAUMATO ORTOPEDIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.10.001/0	AGULHA DE BIOPSIA ÓSSEA
90.10.001/1	ARRUELA DENTADA
90.10.001/2	ARRUELA DENTADA DE TITÂNIO
90.10.001/3	ARRUELA LISA
90.10.001/4	ARRUELA METÁLICA
90.10.001/5	CÂNULA ARTROSCOPICA
90.10.001/6	CERÂMICA FOSCO-CÁLCICA (10 gr)
90.10.001/7	CERÂMICA FOSCO- CÁLCICA (15 gr)
90.10.001/8	CERÂMICA FOSCO- CÁLCICA (20 gr)
90.10.001/9	CERÂMICA FOSCO- CÁLCICA (25 gr)
90.10.001/10	CERÂMICA FOSCO- CÁLCICA (05 gr)
90.10.001/11	CIMENTO COM ANTIBIÓTICO (40 gr)
90.10.001/12	CIMENTO SEM ANTIBIÓTICO
90.10.001/13	EQUIPO PARA ARTROSCOPIA
90.10.001/14	EXPANSOR TORÁCICO POSTERIOR PARA ESCOLIOSE (VEPTR)
90.10.001/15	FIO LISO DE KIRSCHINER
90.10.001/16	FIO LISO STEINMAN
90.10.001/17	FIO MALEÁVEL DE CERCLAGEM PARA COLUNA DE TITÂNIO
90.10.001/18	FIO ROSQUEADO DE KIRSCHINER
90.10.001/19	FIO ROSQUEADO DE STEINMAN
90.10.001/20	HASTE DE COMPRESSÃO
90.10.001/21	HASTE DE DISTRAÇÃO
90.10.001/22	HASTE DE ENDER
90.10.001/23	HASTE INTERNA PARA PINÇA APREENSÃO/EXTRAÇÃO
90.10.001/24	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FÊMUR (INCLUI PARAFUSO)
90.10.001/25	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA (INCLUI PARAFUSO)
90.10.001/26	HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE ÚMERO (INCLUI PARAFUSO)
90.10.001/27	HASTE INTRAMEDULAR FLEXÍVEL PARA USO INFANTIL
90.10.001/28	HASTE INTRAMEDULAR NÃO BLOQUEADA
90.10.001/29	HASTE INTRAMEDULAR RETROGRADA (INCLUI PARAFUSO)
90.10.001/30	HASTE INTRAMEDULAR TIBIO-TARSICA
90.10.001/31	HASTE LISA TIPO LUKE
90.10.001/32	LÂMINA DE SHAVER
90.10.001/33	PARAFUSO BLOQUEIO
90.10.001/34	PARAFUSO CANULADO 3,5mm
90.10.001/35	PARAFUSO CANULADO 4,5mm
90.10.001/36	PARAFUSO CANULADO 7,0mm
90.10.001/37	PARAFUSO CANULADO MINI
90.10.001/38	PARAFUSO CORTICAL 1,5mm
90.10.001/39	PARAFUSO CORTICAL 2,0mm
90.10.001/40	PARAFUSO CORTICAL 2,7mm
90.10.001/41	PARAFUSO CORTICAL 3,5mm
90.10.001/42	PARAFUSO CORTICAL 4,5mm
90.10.001/43	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/44	PLACA 1/3 TUBULAR 4,5mm INCLUI PARAFUSOS



90.10.001/45	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/46	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5mm ESTREITA INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/48	PLACA DE RECONSTRUÇÃO TITÂNIO P/FRATURA MANDIBULARC/PARAFUSOS
90.10.001/49	PLACA EM "L" 3,5 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/50	PLACA EM "L" 4,5 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/51	PLACA EM "T" 2,7 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/52	PLACA EM "T" 3,5 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/53	PLACA EM "T" 4,5 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/54	PLACA EM "L" 2,7 mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/55	PLACA EM TREVO 3,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/56	PLACA EM TREVO 4,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/57	PLACA EM PONTE 3,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/58	PLACA EM PONTE 4,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/59	PLACA SEMITUBULAR 2,7mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/60	PLACA SEMITUBULAR 3,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/61	PLACA SEMITUBULAR 4,5mm INCLUI PARAFUSOS
90.10.001/62	PONTEIRA DE RADIOFREQUÊNCIA
90.10.001/63	PRÓTESE TOTAL DE OMBRO
90.10.001/64	PRÓTESE TOTAL DE COTOVELO
90.10.001/65	PRÓTESE TOTAL DE JOELHO
90.10.001/66	PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL
90.10.001/67	PARAFUSO ESPONJOSO 4mm
90.10.001/68	PLACA PARAFUSO DESLIZANTE 135º
90.10.001/69	ÂNCORA DE TITÂNIO
90.10.001/70	PARAFUSO DE INTERFERÊNCIA DE TITÂNIO
90.10.001/71	PARAFUSO PARA PLACA BLOQUEADA
90.10.001/72	KIT PARA ARTROPLASTIA DE JOELHO
90.10.001/73	PLACA BLOQUEADA ÚMERO PROXIMAL
90.10.001/74	PLACA BLOQUEADA VOLAR
90.10.001/75	PRÓTESE TOTAL DE JOELHO DE REVISÃO
90.10.001/76	PLACA MINI FRAGMENTOS (INCLUI 6 PARAFUSOS)
90.10.001/77	FIXADOR EXTERNO RLS
90.10.001/78	PLACA PARA CORREÇÃO DE DEFORMIDADE (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/79	PLACA PARA OSTEOTOMIA DE TÍBIA
90.10.001/80	PARAFUSO BOLD
90.10.001/81	BASE TIBIAL SCORE SIZE
90.10.001/82	PLACA PARA PILÃO TIBIAL
90.10.001/83	PLACA RÁDIO DISTAL BLOQUEADA
90.10.001/84	PLACA TÍBIA DISTAL BLOQUEADA
90.10.001/85	PLACA BLOQUEADA FÊMUR DISTAL
90.10.001/86	KIT MOSAICOPLASTIA
90.10.001/87	PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/88	PLACA DHS BLOQUEADA
90.10.001/89	PLACA BLOQUEADA PARA CLAVÍCULA (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/90	PINO DE HIDROXIAPATITA
90.10.001/91	PLACA DCP PEQUENOS FRAGMENTOS
90.10.001/92	PLATÔ TIBIAL
90.10.001/93	PLACA EM "L" BLOQUEADA



90.10.001/94	ÂNCORA BIOABSORVÍVEL
90.10.001/95	PLACA DE COMPRESSÃO 4,5 LARGA(INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/96	MINI ÂNCORA
90.10.001/97	SISTEMA DE LIBERAÇÃO DO TÚNEL DO CARPO
90.10.001/98	PARAFUSO TRANSVERSO
90.10.001/99	CONJUNTO DE DERIVAÇÃO EXTERNA DLE
90.10.001/100	PLACA EM L PARA PLATÔ TIBIAL
90.10.001/101	PLACA MANDÍBULA DO SISTEMA 2.0 mm
90.10.001/102	PARAFUSO DO SISTEMA MANDIBULAR 2,4mm
90.10.001/103	BROCA DE DESGASTE
90.10.001/104	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 3,5mm (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/105	PLACA DE COMPRESSÃO DINÂMICA 4,5mm
90.10.001/106	AGRAF EM TITÂNIO
90.10.001/107	PLACA RETA DE RECONSTRUÇÃO
90.10.001/108	PLACA/ PARAFUSO DESLIZANTE 135
90.10.001/109	PLACA PARA PARAFUSO DESLIZANTE 95°
90.10.001/110	PLACA PEQUENOS FRAGMENTOS
90.10.001/111	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO
90.10.001/112	PLACA EM "T" 3,5mm (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/113	PLACA SEMI TUBULAR 3,5mm (INCLUI PARAFUSOS)
90.10.001/114	PRÓTESE DE REVISÃO DE QUADRIL

UROLOGIA

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
90.11.001/0	CATETER DRENAGEM SUPRA PÚBICO
90.11.001/1	CATETER DUPLO J PIGTAIL (RABO DE PORCO)
90.11.001/2	ESFICTER URINÁRIO ARTIFICIAL FLEXÍVEL COM OU SEM CUFF
90.11.001/3	IMPLANTE PENIANO
90.11.001/4	IMPLANTE TESTICULAR
90.11.001/5	KIT NEFROST PERCUTÂNEA
90.11.001/6	KIT PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA
90.11.001/7	PINÇA DORMIA COM PONTA
90.11.001/8	BAINHA URETERAL
90.11.001/9	ALÇA ELETRODO DE RESSECÇÃO (BIPOLAR)
90.11.001/10	LASER
90.11.001/11	FLEXÍVEL

OBS.: TODAS AS OPMS SERÃO LIBERADAS CONFORME COTAÇÃO DE MENOR PREÇO (CCP) DO IPM.



**CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XIV - TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DO IPM

LIMITES DE ATENDIMENTO:

1. Poderá ser feito o máximo de 04 (quatro) procedimentos por paciente por mês.
2. Os procedimentos serão autorizados mediante prévia análise do setor competente do IPM.
3. Para efeito de cobrança, anexar a solicitação do Odontólogo credenciado (Odontograma) à Guia de Tratamento Odontológico (GTO) devidamente autorizada via *web*.

ATENDIMENTOS EXTERNOS:

O IPM limita seus atendimentos externos aos procedimentos listados exhaustivamente a seguir:

ROL DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DO IPM

ESPECIALIDADE	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALORES
DIAGNÓSTICO	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	20,70
URGÊNCIA	81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	32,00
URGÊNCIA	82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM AGENTE HEMOSTÁTICO	42,45
URGÊNCIA	82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM AGENTE HEMOSTÁTICO	42,45
URGÊNCIA	82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	42,20
URGÊNCIA	85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	42,20
URGÊNCIA	82001022	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO EXTRA-ORAL	34,40
URGÊNCIA	82001030	INCISÃO E DRENAGEM DE ABSCESSO INTRA-ORAL	34,40
URGÊNCIA	82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	50,30
URGÊNCIA	85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	24,80
URGÊNCIA	85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE	19,80
RADIOLOGIA	81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	6,90
RADIOLOGIA	81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	98,50
RADIOLOGIA	81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - BITE-WING	6,90
RADIOLOGIA	81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	16,90
RADIOLOGIA	81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	31,90



RADIOLOGIA	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMIA)	38,20
RADIOLOGIA	81000278	FOTOGRAFIA	5,50
PREVENÇÃO	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	11,70
PREVENÇÃO	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	11,40
PREVENÇÃO	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	19,40
PREVENÇÃO	84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	10,55
PREVENÇÃO	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	20,35
ODDONTOPEDIATRIA	84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	21,35
ODONTOPEDIATRIA	81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	14,40
ODONTOPEDIATRIA	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	25,25
DENTÍSTICA	85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 1 FACE	15,15
DENTÍSTICA	85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 2 FACES	19,70
DENTÍSTICA	85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 3 FACES	23,60
DENTÍSTICA	85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA 4 FACES	27,20
DENTÍSTICA	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1 FACE	17,60
DENTÍSTICA	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2 FACES	17,60
DENTÍSTICA	85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3 FACES	17,60
DENTÍSTICA	85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4 FACES	17,60
DENTÍSTICA	85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	21,10
DENTÍSTICA	85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	27,20
DENTÍSTICA	85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	35,00
DENTÍSTICA	85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	36,20
PERIODONTIA	85300039	RASPAGEM SUB/SUPRA GENGIVAL/ALISAMENTO RADICULAR	40,00
PERIODONTIA	85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	45,40
PERIODONTIA	82000921	GENGIVECTOMIA	49,00
PERIODONTIA	82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	60,00
PERIODONTIA	82000948	GENGIVOPLASTIA	45,00
PERIODONTIA	82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	67,95
URGÊNCIA	85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	37,35
PERIODONTIA	85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA-GNA	37,35



CIRURGIA	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	30,40
CIRURGIA	82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA	30,40
CIRURGIA	82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	32,00
CIRURGIA	82000816	EXODONTIA A RETALHO	36,45
CIRURGIA	82000889	FRENECTOMIA LABIAL	55,00
CIRURGIA	82000913	FRENECTOMIA LINGUAL	55,00
CIRURGIA	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS	92,00
CIRURGIA	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	114,70
CIRURGIA	82001707	ULECTOMIA	32,60
CIRURGIA	82000085	APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	108,70
CIRURGIA	82000077	APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	118,00
CIRURGIA	82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	137,00
CIRURGIA	82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	148,00
CIRURGIA	82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	85,00
CIRURGIA	82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	104,00
CIRURGIA	82000239	BIÓPSIA DE BOCA	38,00
CIRURGIA	82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	63,00
CIRURGIA	82000808	EXCISÃO DE RÂNULA	68,00
URGÊNCIA	85200034	ABERTURA CORONÁRIA ODONTALGIA AGUDA/PULPECTOMIA	41,70
ENDODONTIA	83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	31,05
ENDODONTIA	83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	52,20
ENDODONTIA	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR (INCISIVO/CANINO)	86,30
ENDODONTIA	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	119,00
ENDODONTIA	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	180,00
ENDODONTIA	85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	108,00
ENDODONTIA	85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	143,00
ENDODONTIA	85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	207,00
ENDODONTIA	85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	90,80
ENDODONTIA	85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	17,80
ENDODONTIA	85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	56,60







**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XV – FORMULÁRIO DE VISITA TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DE PORTE HOSPITALAR

ESTAS COLUNAS SÃO PONTUADAS CONFORME: NÃO (N), EM ANDAMENTO (A) OU SIM (S)

A		B			C			D	E	F	G	H			I		J			L				
PONTUAÇÃO	Nº DE LEITOS (CNES ATUALIZADOS)	Nº DE LEITOS DE UTI DE TODOS OS SERVIÇOS OFERTADOS PARA ESTE EDITAL			Nº DE LEITOS DE SRPA			ALTA COMPLEXIDADE	PRONTO ATENDIMENTO 24h	COMISSÕES HOSPITALARES OBRIGATÓRIAS	Nº DE SALAS CIRÚRGICAS DE TODOS OS SERVIÇOS OFERTADOS PARA ESTE EDITAL	HOSPITAL ACREDITADO?			CENTRAL DE MATERIAL E ESTERELIZAÇÃO		REPROCESSAMENTO DE MATERIAIS			CUIDADOS PALIATIVOS				
1	20 a 49	RDC Nº 7/2010			Nº LEITOS	RES. CRM Nº 44/ 2012			Nº LEITOS	NÚMERO DE ESPECIALIDADES	ESPECIALIDADES DE PLANTÃO - EXCETO UTI	1	01 a 03	NÃO IMPORTA O NÍVEL DE ACREDITAÇÃO			RDC Nº 15 - 15/03/12		RE Nº 2605 - 11/08/06			SERVIÇO EXCLUSIVO EM ONCOLOGIA. SEGUIR PORTARIA 741 MS 19/12/05		
		N	A	S	01 a 04	N	A	S	01 a 04	1	1			N	A	S	A	S	N	A	S	A CONTAGEM DEVE EXCLUIR A PRÓPRIA COBERTURA PARA SEUS USUÁRIOS EM SERVIÇO DE ONCOLOGIA. SE NÃO FOR OFERECIDO COBERTURA, A PONTUAÇÃO SERÁ ZERO.		
		0	1	2		0	1	2						0	1	2	1	2	0	1	2	1		
																						2		
																						3		
2	50 a 149	0	1	2	05 a 09	0	1	2	05 a 09	2	2	2	04 a 06	0	1	2	1	2	0	1	2	2		
10 a 29	10 a 14				3				3	3	07 a 09											3		
3	150 a 299				15 OU MAIS				4+													4+	4+	10+



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE
(IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XV/A – DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS TÉCNICOS DE PORTE HOSPITALAR

A **coluna A** refere-se ao total de leitos de enfermagem de todos os serviços oferecidos pelo prestador hospitalar para este edital e devem estar cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A **coluna B** refere-se ao número de leitos de UTI de todos os serviços ofertados para credenciamento neste edital e cadastrados no CNES. Serão acrescidos de pontos conforme os preparativos ou a obediência à RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a qual dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. A Classificação “S” – SIM, ao cumprimento da RDC deve ser comprovada com o preenchimento de um questionário a ser aplicado pela Comissão do IMPARH; a resposta “A” – em andamento, impõe ao prestador a apresentação de um Plano de Ação em 03 (três) meses à Direção do IPM SAÚDE para ser cumprido em 09 (nove) meses, ressaltando-se que o seu não cumprimento constitui motivo de descredenciamento do Hospital. Serão credenciados preferencialmente Hospitais que dispõem de leitos de UTI.

A **coluna C** refere-se ao número de leitos de sala de recuperação pós-anestésica oferecidos para credenciamento cadastrados no CNES. Serão acrescidos pontos conforme os preparativos ou a obediência à Resolução CREMEC nº 44, de 2012, que define e regulamenta as atividades da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). A Classificação “S” – SIM, impõe ao Hospital o preenchimento do questionário e a classificação “N” implica na disponibilização, em até 30 (trinta) dias, de um Plano de Ação para ser entregue na Direção do IPM SAÚDE e deve ser cumprido em até 06 (seis) meses. Serão credenciados preferencialmente Hospitais que dispõem de sala de recuperação pós-anestésica, conforme as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Na **coluna D** será considerado o quantitativo do tipo de cirurgias de alta complexidade existentes no hospital e devidamente cadastrados no CNES: serviços/centros de alta complexidade em assistência e tratamento das lesões labiopalatais e implante coclear, neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, assistência a queimados, oncologia (CACON ou UNACON), cirurgia bariátrica (comprovar com histórico dos últimos 12 – doze – meses) e transplantes (comprovar com histórico dos últimos 24 – vinte e quatro – meses).

Na **coluna E** será considerada a existência em regime de plantão – 24 horas do dia – com equipe presente, por especialidade e respectivo quantitativo para classificação. Não será considerada a escala de sobreaviso. Serão credenciados preferencialmente Hospitais que dispõem de serviço de



Pronto-Atendimento 24 horas.

Na **coluna F** será considerada a existência de Comissões Hospitalares obrigatórias e pontuadas conforme as suas quantidades, devendo-se ressaltar que todas elas devem estar cadastradas no CNES. Conforme consta do Processo-Consulta do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 04/2013, as Comissões Hospitalares obrigatórias são de Comissão de Documentação Médica e Estatística, Comissão de Ética, Comissão de Ética em Pesquisa, própria ou da IES à qual o hospital for vinculado, Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal (para hospitais que possuam maternidade), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Óbitos, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos (para hospitais que possuam Unidades de Tratamento Intensivo), Comitê Transfusional, Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e para a comprovação da existência de todas as Comissões, será exigida uma declaração assinada pelo Diretor Médico ou Técnico, a qual será entregue no momento da Visita de Classificação Hospitalar, juntamente com a apresentação da composição de cada Comissão para fins de pontuação. Serão credenciados preferencialmente Hospitais que possuam no mínimo 04 (quatro) Comissões. A saber: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, CIPA, Ética Médica e de Enfermagem, Revisão de Prontuários.

Na **coluna G** será considerada a existência do número total de salas cirúrgicas à disposição para credenciamento. Em cada sala cirúrgica deve estar presente todo o material descrito na composição da taxa de sala de cirurgia presente neste Edital para Credenciamento. Somente estão isentos da obrigação de ter salas cirúrgicas os Hospitais Psiquiátricos.

Na **coluna H** será considerado Hospital Acreditado quando for apresentado o certificado pertinente e Hospital em Acreditação ("A") aquele com Escritório de Qualidade funcionando há pelo menos 06 (seis) meses, situação que deverá ser comprovada pela apresentação da Ata de Reuniões do Setor e pelo Plano de Ação estruturado para Acreditação. A resposta "N" (NÃO) não exclui o Hospital do processo de Credenciamento.

Na **coluna I** os Hospitais serão avaliados e pontuados conforme cumprimento da RDC nº 15, de 15 de março de 2012, da ANVISA, que dispõe sobre requisitos de Boas Práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Os qualificados como "N" - não - e "A" - em andamento - terão que entregar em 30 (trinta) dias corridos, a contar da data da visita para Porte Hospitalar, à Direção do IPM-Saúde um Plano de Ação para cumprimento da RDC em até 06 (seis) meses, a contar da sua entrega. O não cumprimento do Plano de Ação resultar em descredenciamento do Hospital por entendermos que a função da Central de Material e Esterilização é essencial para o funcionamento da Unidade e para o sucesso do tratamento dos pacientes.

Nos casos onde o Serviço da Central de Material e Esterilização for terceirizado, o Hospital deverá apresentar Contrato do Serviço e comprovação de Fluxo de Entrada e Saída destes materiais, bem como a documentação obrigatória para o regular funcionamento da empresa terceirizada.

Na **coluna J** serão avaliados os Hospitais que obedecem à lista definida de produtos proibidos de reprocessamento na RE nº 2605, de 11 de agosto de 2006. A comprovação da obediência a esta





lista dar-se-á através de declaração assinada pelo Gerente da Central de Material e Esterilização, do Diretor Médico ou Técnico e do Diretor Geral da Unidade Hospitalar. Aqueles que ainda não estão alinhados (“N” – NÃO, ou “A” – em andamento) devem apresentar um Plano de Ação no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da visita, o qual deverá ser cumprido em até 02 (dois) meses após a entrega do documento na Direção do IPM-Saúde. A não obediência poderá implicar em descredenciamento da Unidade Hospitalar.

A **coluna L** refere-se ao número de Serviços Isolados de Oncologia (quimioterapia e/ou radioterapia) para os quais os Hospitais podem referenciar seus Pronto-Atendimentos 24 horas para o acolhimento dos pacientes durante as intercorrências clínicas, sejam decorrentes da quimioterapia ou da evolução da doença. A equipe de Cuidados Paliativos acompanhará o paciente na Unidade Hospitalar e deve ter sua composição definida pela Portaria MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005, a qual dispõe sobre o funcionamento da Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Serviços Isolados (radioterapia e/ou quimioterapia). Cada equipe de Cuidados paliativos dos Serviços de Oncologia Isolados (ou não) será cadastrada no IPM através de declaração contendo a composição da equipe e os respectivos registros de Conselho de Classe, tendo como signatários o responsável legal do prestador interessado, na área de Oncologia, e o Diretor Médico ou Técnico da Unidade Hospitalar que acolherá o paciente. O documento deve ser entregue no momento da Visita Técnica de Porte Hospitalar à Comissão de Credenciamento instituída pelo IMPARH.

O seguimento ambulatorial dos pacientes em Cuidados Paliativos é de responsabilidade do prestador em Oncologia, que disponibilizará as condições necessárias para este acompanhamento.

O IPM compromete-se a disponibilizar cotas de consultas para a Equipe de Cuidados paliativos em quantidade e periodicidade ainda a serem discutidas.

Na impossibilidade da Unidade Hospitalar interessada de atender à coluna M não a exclui do processo de Credenciamento. Porém, o atendimento à coluna M é condição obrigatória para o credenciamento de prestadores Hospitalares em Oncologia que atendam os próprios usuários dentro do disposto na Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde, e que cumpram outras condições presentes em Anexo específico do Edital nº 20/2018 para prestadores em Oncologia.

Ressaltamos que o pronto-Atendimento 24 horas poderá estar disponível a mais de um Serviço Isolado de Oncologia, desde que obedeça aos limites de sua capacidade operacional. O acompanhamento do atendimento e a qualidade prestada ao acolhimento dos usuários serão acompanhados pela Ouvidoria do IPM e pela Direção do IPM SAÚDE.

A nova valoração dos serviços decorrente da reclassificação das Unidades Hospitalares será válida conforme a data da visita de Reclassificação e proporcional ao número de dias que as Unidades ficarão na nova Classificação.

Ainda no que diz respeito à análise das “**colunas B, C, J e L**”, serão aplicados questionários durante a Visita Técnica de Porte Hospitalar para aqueles que pontuarem como “S” (SIM) nas citadas





colunas. Os questionários são baseados nas RDC's da ANVISA e na Resolução do CREMEC. Ressaltamos, quanto ao tema, que todas as recomendações contidas nas RDC's e na Resolução anteriormente citadas devem ser cumpridas, apesar de não completamente contempladas nos questionários e que os credenciados podem, a qualquer tempo, serem visitado pela Auditoria do IPM para acompanhar esta implementação que é de responsabilidade exclusiva do credenciado. Respostas qualificadas como não alinhadas com as RDC's e a Resolução do CREMEC, em qualquer dos itens do questionário, classificam a Unidade Hospitalar em "A" – em andamento – na tabela de Porte Hospitalar e deixam os candidatos sujeitos às mesmas obrigações e mesmos prazos já apresentados, além de sujeitos também às idênticas consequências do seu não cumprimento.

Os Hospitais que suspenderem serviços ou retroagirem na manutenção das normas que constituem as RDC's e a Resolução do CREMEC, anteriormente citadas, também serão reclassificados e poderão ter suas taxas e diárias alteradas para valores inferiores aos estipulados no Termo de Credenciamento ou até mesmo ser descredenciados.

As Unidades Hospitalares serão alocadas em quatro Classes de Porte, conforme as faixas de pontuação abaixo indicadas separadamente para as acomodações em Enfermaria.

CLASSE	PONTOS DE COMPLEXIDADE/QUALIDADE HOSPITALAR
I	30 a 44
II	20 a 29
III	11 a 19
IV	5 a 10

A verificação de Classes de Porte hospitalar, especificamente quanto às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), será avaliada através de critérios técnicos e objetivos, tratados em forma de Portaria em conformidade com a RDC nº 07 ANVISA, ou outra norma que vier a substituí-la.

As tabelas de diárias do IPM são compostas por:

1. Diária em enfermaria
2. Diária Hospital Dia
3. Diária em berçário de médio risco
4. Diária de Isolamento em acomodação individual
5. Diária em UTI adulto e pediátrica
6. Diária de Isolamento em UTI
7. Diária em UTI neonatal





TABELA CLASSE	80010393 - DIÁRIA EM ENFERMARIA	80015042- DIÁRIA HOSPITAL DIA	80042031 - DIÁRIA EM BERÇÁRIO DE MÉDIO RISCO	80010342 - DIÁRIA DE ISOLAMENTO EM ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL
I	128,50	64,25	170,00	192,70
II	105,70	52,85	-	158,60
III	92,50	46,25	-	138,80
IV	79,30	39,65	-	118,90

*Valores em Reais (R\$)

TABELA CLASSE	80010717 - DIÁRIA EM UTI ADULTO E PEDIÁTRICA	80015000 - DIÁRIA DE ISOLAMENTO EM UTI	80017037 - DIÁRIA EM UTI NEONATAL
I	600,40	630,40	585,60
II	538,00	564,90	-
III	478,20	502,10	-
IV	418,50	439,40	-

*Valores em Reais (R\$)

ESPECIFICAÇÃO DA TAXA	UTILIZAÇÃO	VALOR R\$
80020305 - Taxa de SRPA (até 6 horas)	uso	34,00
80031501 - Taxa de observação em Pronto Atendimento de 2 (duas) até 6 (seis) horas	uso	25,00
80011063 - Taxa de alimentação para acompanhante em enfermaria	dia	27,00
80031307 - Taxa de sala de gesso	uso	17,00
80030513 - Taxa de sala de cirurgia ambulatorial	uso	34,00
80023037 - Taxa de sala de centro cirúrgico	hora	70,00
80030874 - Taxa de sala de Hemodinâmica	uso	530,00

A DESCRIÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS E TAXAS ENCONTRA-SE EXAUSTIVAMENTE ELENCADAS NO MANUAL DE NORMAS DE AUDITORIA DO IPM.





**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

**EDITAL Nº 20/2018
ANEXO XVI – TABELA DE HONORÁRIOS DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA
E TERAPIA OCUPACIONAL**

FISIOTERAPIA AMBULATORIAL

NEUROLOGIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	CLASSE I	CLASSE II
2.01.03.02 - 6	Amputação Bilateral (preparação do coto e treinamento protético)	18,43	16,90
2.01.03.04 - 2	Amputação Unilateral (preparação do coto e treinamento protético)	11,52	10,56
2.01.03.07 - 7	Ataxia	11,52	10,56
2.01.03.11 - 5	Atividade Reflexa ou Aplicação de Técnica Cinesioterápica Específica	18,43	16,90
2.01.03.20 - 4	Distrofia Simpático-Reflexa	14,40	13,20
2.01.03.26 - 3	Hemiparesia	14,40	13,20
2.01.03.27 - 1	Hemiplegia	18,43	16,90
2.01.03.29 - 8	Hipo ou Agenesia de Membros	14,40	13,20
2.01.03.31 - 0	Lesão Nervosa Periférica Afetando mais de Um Nervo com Alterações Sensitivas e/ou Motoras	11,52	10,56
2.01.03.32 - 8	Lesão Nervosa Periférica Afetando Um Nervo com Alterações Sensitivas e/ou Motoras	11,52	10,56
2.01.03.34 - 4	Miopatias	18,43	16,90
2.01.03.42 - 5	Paralisia Cerebral	18,43	16,90
2.01.03.44 - 1	Paraparesia / Tetraparesia	18,43	16,90
2.01.03.45 - 0	Paraplegia / Tetraplegia	18,43	16,90
2.01.03.46 - 8	Parkinson	14,40	13,20
2.01.03.47 - 6	Patologia Neurológica com Dependência de AVD'S	18,43	16,90
2.01.03.68 - 9	Retardo do Desenvolvimento Psicomotor	18,43	16,90



RESPIRATÓRIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	CLASSE I	CLASSE II
2.01.03.06 - 9	Assistência Fisioterapêutica Respiratória em Pré e Pós-Operatórios de Condições Cirúrgicas	11,52	10,56
2.01.03.22 - 0	Doenças Pulmonares Atendidas em Ambulatório	14,40	13,20
2.01.03.36 - 0	Paciente com DPOC em Atendimento Ambulatorial	11,52	10,56

REUMATOLOGIA, TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	CLASSE I	CLASSE II
2.01.03.18 - 2	Desvios Posturais da Coluna Vertebral	14,40	13,20
2.01.03.48 - 4	Patologia Osteomioarticular em Um Membro	11,52	10,56
2.01.03.49 - 2	Patologia Osteomioarticular em Dois ou Mais Membros	18,43	16,90
2.01.03.50 - 6	Patologia Osteomioarticular em Um Segmento da Coluna	11,52	10,56
2.01.03.51 - 4	Patologia Osteomioarticular em Diferentes Segmentos da Coluna e Membros	18,43	16,90
2.01.03.53 - 0	Recuperação Funcional Pós-Operatória ou por Imobilização da Patologia Vertebral	11,52	10,56
2.01.03.65 - 4	Recuperação Funcional de Distúrbios Craniofaciais (DTM)	11,52	10,56
2.01.03.66 - 2	Recuperação Funcional Pós-Operatória ou Pós-imobilização Gessada de Patologia Osteomioarticular com Complicações Neurovasculares Afetando Um Membro	14,40	13,20
2.01.03.67 - 0	Recuperação Funcional Pós-operatória ou Pós-imobilização Gessada de Patologia Osteomioarticular com Complicações Neurovasculares Afetando Mais de Um Membro	18,43	16,90
2.01.03.69 - 7	Sequela de Traumatismos Torácicos e Abdominais	11,52	10,56



CARDIOVASCULAR

CÓDIGO	NOMENCLATURA	CLASSE I	CLASSE II
2.01.03.21 - 2	Distúrbios Circulatórios Arteriovenosos e Linfáticos	11,52	10,56
2.01.03.37 - 9	Paciente em Pós-Operatório de Cirurgias Cardíacas	12,60	11,55
2.01.03.38 - 7	Paciente com Doença Isquêmica do Coração	12,60	11,55

UROGINECOLOGIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	CLASSE I	CLASSE II
2.01.03.64 - 6	Reabilitação Perineal com Biofeedback	62,60	57,39

* Valor inclui material descartável ou permanente utilizado

FISIOTERAPIA HOSPITALAR

RESPIRATÓRIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	VALOR (\$)
2.02.03.04 - 7	Assistência Fisioterapêutica Respiratória em Doente Clínico Internado	10,56

MOTORA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	VALOR (\$)
2.01.03.47 - 6	Patologia Neurológica com Dependência de AVD'S	15,20
2.01.03.11 - 5	Atividade Reflexa ou Aplicação de Técnica Cinesioterápica Específica	15,20
2.01.03.68 - 9	Retardo no Desenvolvimento Psicomotor	15,20

FONOAUDIOLOGIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	VALOR (\$)
6.40.00.00 - 1	Terapia Fonoaudiológica individual	24,00

PSICOLOGIA

CÓDIGO	NOMENCLATURA	VALOR (\$)
6.50.00.00 - 1	Psicoterapia individual	24,00



TERAPIA OCUPACIONAL

CÓDIGO	NOMENCLATURA	VALOR (\$)
6.70.00.00 - 1	Terapia Ocupacional individual	24,00



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XVII - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS EM FISIOTERAPIA

Critérios de Qualidade	Pontos		
	00	05	10
Nº leitos/cabines por Fisioterapeuta (Recomenda-se 01 Fisioterapeuta para cada 04 leitos/hora) - 4:1; 8:2; 12:3... 10 pontos. - 8:1; 12:2; 16:3... 05 pontos. - Mais de 08 leitos por profissional: 00 pontos.			
Titulação e Experiência dos Profissionais - Todos os profissionais especialistas na área de atuação: 10 pontos; - Apenas em parte: 05 pontos; - Sem especialista: 00 pontos.			
Nº de serviços e setores especializados (Neurologia; Traumatologia/Ortopedia/Reumatologia; Respiratória) - 03 setores independentes: 10 pontos. - 01 ou 02 setores independentes: 05 pontos. - Nenhum setor protocolado: 00 pontos.			
Sala para Avaliação/Prontuário - Sala de avaliação e arquivo de prontuários informatizados/fichas de avaliação: 10 pontos; - Sala de avaliação ou arquivo de prontuários: 05 pontos; Nem um nem outro: 00 pontos.			
Setor de Cinesiomecanoterapia - Independente e próprio para reabilitação funcional global: 10 pontos; - Entre macas: 05 pontos; - Não tem: 00 pontos.			



Modernização/Manutenção dos Equipamentos - Procedimentos Operacionais Padrão - POPs atualizado e validado; e comprovação periódica de manutenção dos aparelhos nas variedades de recursos (eletro termo foto sônidoterapias): 10 pontos; - POPs elaborado ou em construção e comprovação periódica de manutenção dos aparelhos nas variedades de recursos: 05 pontos; - Nenhum destes: 00 pontos.			
Instalações Físicas (Iluminação e Conforto) - Iluminação adequada, climatização , TV e bebedouro: 10 pontos; - Iluminação adequada ou climatização ou TV ou bebedouro: 05 pontos; - Nenhum destes itens: 00 pontos.			
Condições Hidrossanitárias - Boas condições de higiene e limpeza dos ambientes, com banheiros masculino (M) e feminino (F); adaptados (barras e piso antiderrapante) com pia, sabão e papel toalha: 10 pontos; - Boas condições de higiene e limpeza dos ambientes com banheiro ÚNICO adaptado ou em fase de adaptação (barras e piso antiderrapante) com pia, sabão e papel toalha: 05 pontos; - Más condições de higiene e limpeza ou banheiro UNICO sem adaptações, sem pia, sem sabão ou sem papel toalha: 00 pontos.			
Segurança e Acessibilidade - Estacionamento, rampas com corrimãos, piso antiderrapante, largura de portas e distância entre leitos adequadas conforme lei regulamentar: 10 pontos; - Estacionamento ou rampa ou corrimão ou piso antiderrapante ou largura de portas e distância entre leitos adequadas conforme lei regulamentar: 05 pontos; - Nenhum destes: 00 pontos.			
Georreferenciamento (Quantitativo de clínicas por população regional) - Atende a população regional: 10 pontos; - Atende parcial a população regional: 05 pontos. Obs.: esta análise deverá ser feita pós visita, conforme necessidade populacional por Regional.			
TOTAL			

PORTE DAS CLÍNICAS:





- A) Classe I = acima de 80 (oitenta) a 100 (cem) pontos;
 - * Apresenta Total conformidade com os parâmetros de qualidade estabelecidos.
 - B) Classe II = acima de 50 (cinquenta) a 80 (oitenta) pontos;
 - * Apresenta Parcial conformidade com os parâmetros de qualidade estabelecidos.
 - C) Insatisfatório < 50 (cinquenta) pontos
 - * Apresenta Inconformidade com os parâmetros de qualidade estabelecidos.
- **A classificação dos serviços de fisioterapia hospitalar segue a mesma regra adotada para avaliar a qualidade da rede hospitalar credenciada ao IPM.**

Fontes:

- Resoluções nº 336, 387, 393 a 404, 414, 416 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- RDCs nº 50, 51 e 63 da ANVISA;
- Portaria nº 304 MS/SNAS;
- Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XVIII – LISTA DE PACOTES DE DIVERSAS ESPECIALIDADES

• PACOTE DE HEMATOLOGIA

COMPONENTES DO SANGUE



CÓDIGO	HEMOCOMPONENTE	HOSP (R\$)	AMBUL (R\$)
40402045	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	317,57	413,81
40402053	UNIDADE DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	322,93	419,16
40402096	PLASMA FRASCO CONGELADO	262,68	358,92
40402070	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	262,33	358,56
40402088	CRIO PRECIPITAÇÃO	221,70	317,93
80045685	Reserva (Teste de Compatibilização)	134,88	134,88
40402037	Sangria Terapêutica	121,71	121,71
40402118	Filtro de Leucócitos de Concentrado de Hemácias	Brasíndice	Brasíndice
40402126	Filtro de Leucócitos de Concentrado de Plaquetas	Brasíndice	Brasíndice
-	Imunoglobulina Anti-Rho (D) Vacina Partograma	Brasíndice	Brasíndice
40403130	Fenotipagem Eritrocitários - Tubo	30,77	30,77
40403149	Fenotipagem Eritrocitários - gel	48,69	48,69
40403165	Fenotipagem do Sistema RH - Tubo	50,14	50,14
40403157	Fenotipagem do Sistema RH - Gel	72,94	72,94
40402134	Irradiação de Componentes Hemoterápicos	51,29	51,29
40403173	Grupo Sanguíneo ABO E RH - Tubo	13,80	13,80
40403165	Grupo Sanguíneo ANO E RH - Gel	47,46	47,46
30909090	Plasmaferese Terapêutica	2.102,39	2.102,39
40402061	Plaquetaferese Terapêutica	2331,98	2331,98
40403289	KIT/NAT Hemoterápico para HIV	89,64	89,64
40403267	KIT/NAT Hemoterápico para HCV	89,64	89,64

Segue abaixo a relação dos Testes de Compatibilização CH (Reserva):

- Grupo Sanguíneo ABO e RH Paciente - 40403173;
- Grupo Sanguíneo ABO e RH Doador - 40403173;
- Pesq. Antic. Séricos Irregulares (alo anticorpo) Paciente - 40403351;
- Pesq. Antic. Séricos Irregulares (alo anticorpo) Doador - 40403351;
- Pesq. Antic. Séricos Irregular (auto anticorpo) Paciente - 40403378;
- Prova de Compatibilidade Pré-transf. Completa - 40403416;
- Seringa descartável de 10 ml - Tab. IPM.

PLASMAFERESE

Descrição:



- Material descartável (kit) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/afereze - 40402029;
- Operação de processadora automática de sangue em afereze - 40403300;
- Frasco de Albumina Humana (Brasíndice) - Frascos de 50 ml.

Valor em reais para cada um: R\$ 1.839, 10 (hum mil, oitocentos e trinta e nove reais e dez centavos), com exceção da albumina humana.

PLAQUETAFERESE

Descrição:

- Material descartável (kit) e soluções/afereze - 40402029.
- Operação Proc. Automática de Sangue Afereze - 40403300;
- Grupo Sanguíneo ABO e RH - 40403173;
- Pesquisa Anticorpos Serícos Irregulares - 40403343;
- Prova Compatibilidade Pré-transfusional Completa - 40403408;
- S. Anti-HTLV +HTLVII por componente - 40403424;
- S. Chagas EIE por componente - 40403440;
- S. Hepatite B Anti-HBC por componente - 40403467;
- S. Hepatite C Anti-HCV por componente - 40403483;
- S. HIV EIE por componente - 40403505;
- Sífilis VDRL por componente - 40403602;
- Teste de Combs Direto - 40403688;
- S. Hepatite B (HBsAG) RIE ou EIE por componente - 40403661;
- Eletroforese de Hemoglobina por componente - 40403106;
- S. Chagas HA por componente - 40403629.

Valor em reais para cada um: R\$ 2.040, 28 (dois mil e quarenta reais e vinte e oito centavos).

TUDO O MATERIAL E O TRANSPORTE ESTÃO INCLUSOS NO PACOTE.

• PACOTES DE HEMODIÁLISE

Hemodiálise em pacientes agudos (Primeira Sessão) - R\$ 878,48 (oitocentos e setenta e oito reais e quarenta e oito centavos) - 30909015

Hemodiálise em pacientes agudos (Sessões Subsequentes) - R\$ 662,47 (seiscentos e sessenta e dois reais e quarenta e sete centavos) - 15010520

Hemodiálise em pacientes crônicos - R\$ 473,13 (quatrocentos e setenta e três reais e treze centavos) - 30909031

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:





Medicamento, Material Médico Hospitalar (MMH), Taxa de Sala e Taxa de uso de aparelho, estão EXAUSTIVAMENTE contidos neste pacote.

- **PACOTE MEDICINA NUCLEAR - 40708128**

PET - TC para Oncologia

Valor do Pacote: R\$ 4.200,39 (quatro mil e duzentos reais e trinta e nove centavos).

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Honorários médicos;
- Material e medicamento;
- Taxa de Uso do Aparelho;
- Taxa de Sala.

- **PACOTE DE NUTRIÇÃO ENTERAL E NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL**

NUTRIÇÃO ENTERAL (NE) - 20101031

Valor por dia da NE em hospital (100% da dieta): R\$ 132,01 (cento e trinta e dois reais e um centavo).

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Honorário Médico;
- Serviço de Enfermagem;
- Material e Medicamento;
- Taxa de Preparo;
- Equipe Multidisciplinar.

NUTRIÇÃO PARENTERAL TOTAL (NPT) - 20101040

Valor da NPT por dia: R\$ 396,04 (trezentos e noventa e seis reais e quatro centavos).

COMPOSIÇÃO DO PACOTE :

- Honorário Médico;
- Serviço de Enfermagem;
- Material e Medicamento;





- Taxa de Preparo;
- Equipe Multidisciplinar;
- Instalação.

- **PACOTE DE MASTOLOGIA**

MAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA OU US - 40808106

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Honorário Médico;
- Materiais e Medicamentos utilizados;
- Materiais Especiais:
 - Clip Marcador;
 - Sonda para Estereotaxia;
 - Conjunto de Tubos para Vácuo.

Valor total do pacote: R\$ 1.555,70 (hum mil quinhentos e cinquenta e cinco reais e setenta centavos).

Obs: Para os casos de realização de mais de uma intervenção feita no mesmo dia e na mesma região, o IPM pagará da seguinte forma:

1. Honorário Médico (70%);
2. Material e Medicamento (100%).

- **PACOTES DE UROLOGIA**

Urofluxometria – 41301358

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:

- Custo Operacional;
- Material e Medicamento;
- Honorário Médico.

Valor Total do Pacote: R\$ 75,60 (setenta e cinco reais e sessenta centavos)

Urodinâmica – 41301340

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:

- Custo Operacional;
- Material e Medicamento;





- Honorário Médico.

Valor Total do Pacote: R\$ 304,80 (trezentos e quatro reais e oitenta centavos)

Penioscopia – 41301285

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:

- Custo Operacional;
- Material e Medicamento;
- Honorário Médico.

Valor Total do Pacote: R\$ 69,50 (sessenta e nove reais e cinquenta centavos)

Cistoscopia e/ou Uretroscopia – 40201066

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:

- Custo Operacional;
- Material e Medicamento;
- Honorário Médico.

Valor Total do Pacote: R\$ 116,40 (cento e dezesseis reais e quarenta centavos)

• PACOTES PARA ANGIOLOGIA E HEMODINÂMICA (DIAGNÓSTICA) -

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES:

- Material e Medicamento;
- OPME;
- Acompanhamento médico durante o procedimento até a liberação do paciente.

OBSERVAÇÃO: NÃO INCLUI HONORÁRIOS MÉDICOS (cirurgião, auxiliar e anestesista).

- Nos casos de intercorrência, solicitar imediatamente da Cogestora a autorização e providências necessárias;
- A conta passa a ser aberta a partir do momento da intercorrência.

CÓDIGO DO PACOTE	PROCEDIMENTO/DIAGNÓSTICO	EXAME (R\$)
32120214	Arteriografia Cerebral (3 vasos)	R\$ 2.640,20
32120222	Arteriografia Renal Total	R\$ 1.942,44
32120230	Arteriografia Vasos Viscerais	R\$ 1.581,69





32120249	Arteriografia Periférica MSD/MSE	R\$ 1.581,69
32120257	Arteriografia Periférica MID/MIE	R\$ 1.581,69
32120265	Arteriografia Medular (até 3 segmentos)	R\$ 1.581,69
23120273	Arteriografia Torácica	R\$ 1.581,69
32120427	Flebografia	R\$ 1.581,69
32120281	Coronariografia Braqueal	R\$ 1.438,74
32120290	Coronariografia Femoral	R\$ 1.438,74

CÓDIGO DO PACOTE	TRATAMENTO CARDÍACO	EXAME (R\$)
40080463	Cateterismo Direito/Esquerdo com Angiografia	1.438,74
40080471	Cateterismo em Cardiopatia Congênita	1.438,74
40080480	Coronariografia com Estudo de Ponte	1,703,36

• PACOTES DE OFTALMOLOGIA

Os pacotes de cirurgias e procedimentos em oftalmologia serão realizados em clínicas ou hospitais, por pessoas físicas ou jurídicas com especialidade nessa área.

No pacote estão inclusos material e medicamento, taxa de sala, taxa de aparelhos e taxa de sala de observação, quando necessário, não estando incluso, no entanto, honorários médicos.

CONJUNTIVA	VALOR
Pterígeo - 30303060	270,03
Sutura - 30303087	120,02
Tumor – Exerése - 30303109	180,02
Transplante Conjuntival - 30303010	420,04
Autotransplante Conjuntival+Pterígio - 50160249	480,05

CÓRNEA	VALOR
Corpo Estranho – Retirada - 30304032	48,01
Recobrimento Conjuntival - 30304059	216,03
Sutura (com ou sem hérnia de íris) - 30304067	576,06
Transplante - 31501010	1.320,12
Preparação e preserv. Córnea-Doador - 50040103	204,03



CÂMARA ANTERIOR	VALOR
Paracentese - 30305012	108,01
Retirada de Corpo Estranho - 30305047	336,03
Remoção de Hifema - 30305039	228,03

CRISTALINO	VALOR
Capsulotomia (Yag ou cirurgia) - 30306019	240,03
Facetomia sem implante - 30306043	1.080,10
Facetomia com implante de Lente intraocular (por focoemulsificação) - 30306027	1.534,89
Implante Secundário de Lente Intraocular - 30306060	744,07

CORPO VÍTREO	VALOR
Corpo Estranho Não Imantável - 50070037	816,08
Retirada ou imp. de silicone Intravítreo - 30307082	780,08
Vitrectomia Anterior - 30307112	1.200,12
Vitrectomia (Vias a Plana) - 30307120	1.560,15

ESCLERA	VALOR
Exerese de Tumor - 50080024	360,03
Sutura - 30308038	228,03

BULBO OCULAR	VALOR
Enucleação s/ implante ou Evisceração - 50090011	684,06
Enucleação c/ Implante ou Evisceração - 50090020	858,08
Injeção Retro-bulbar - 30309026	60,01

IRIS E CORPO CILIAR	VALOR (R\$)
Cirur. Antiglaucomatosa (qualquer técnica) - 30310032	1.080,21
Fototrobeculoplastia (laser) - 30310067	156,02
Iridectomia (laser ou cirurgia) - 30310083	300,04
Iridociclectomia - 30310091	600,06
Criocicloterapia - 30310024	276,03
Antiglaucomatosas + Faceextracapsulotomia - 50160060	1.320,12



MÚSCULOS	VALOR
Biopsia - 30311012	120,02
Estrabismo - 30311047	560,06

ORBITAL	VALOR
Descompressão - 30302021	624,07
Exenteração - 30302048	709,57
Tumor-exerése - 30302137	456,05
Reconstituição de paredes Orbitais - 30302102	864,09

RETINA	VALOR
Fotocoagulação laser (por sessão) - 30312043	192,02
Retinopexia Profilática(Criopexia) - 30312108	360,03
Retinopexia com Introflexão Escleral - 30312086	1.920,19
Retinopexia com Introflexão Escleral - 50140035	2.639,70
Vitrectomia + Endofotocoagulação - 50160257	498,05

PÁLPEBRA	VALOR
Coloboma (com Plástica) - 30301076	372,04
Calázio - 30301041	156,02
Correção cirúrgica de ectrópio ou entrópio - 30301084	456,05
Epilação - 30301122	60,01
Epicanto - 30301114	240,03
Ptose - 30301181	348,03
Simbléfaro - 30301211	132,02
Sutura - 30301238	144,02
Triquiase, com diantermo – coagulação - 30301262	102,02
Tumor Exerése - 30301190	216,03
Xantelasma - 30301270	132,02

VIAS LACRIMAIS	VALOR
Dacriocistectomia - 30313023	336,03
Dacriocistorrinostomia - 30313031	504,05
Fechamento de pontos lacrimais - 30313040	84,01



Sutura ou Reconstituição dos Canalicus - 50150049	300,04
Soldagem das Vias Lacrimais c/ ou s/ Lavagem - 30313066	96,01
Reconstituição dos pontos Lacrimais - 30313058	216,03

CIRURGIAS COMBINADAS	VALOR
Facectomia+Glaucoma - 50160044	1.440,14
Ret + Vitrect. + Endof. + Imp.Silicone - 50160001	2.400,23
Ret + Vitrect. + Endof. + Imp.Silicone + Iridectomia - 50160010	2.520,24
Ret + Vitrect. + Endof. + Imp.Silicone + Iridectomia + Imp.Secundário - 50160028	2.640,25
Vitrect via pars plana + Troca de fluido gososo + Retinop com Introf escleral + Endolaser + Infusão perfluocarbono - 50160230	2.625,00

• **PACOTE DE HEPARINIZAÇÃO DE CATETER - 30990017**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Materiais e Medicamentos utilizados.

VALOR DO PACOTE: R\$ 74,00 (setenta e quatro reais).

• **PACOTE DE US PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA – ATÉ 8 FRAGMENTOS - 40902030**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- CIRURGIÃO;
- MAT / MED;
- EXAME.

VALOR TOTAL DO PACOTE: R\$ 390,34 (trezentos e noventa reais e trinta e quatro centavos)

• **PACOTE DE US PRÓSTATA TRANSRETAL COM BIOPSIA – MAIS DE 8 FRAGMENTOS - 40902048**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- CIRURGIÃO;





- MAT / MED;
- EXAME.

VALOR TOTAL DO PACOTE: R\$ 441,42 (quatrocentos e quarenta e um reais e quarenta e dois centavos)

- **PACOTE DE PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR RX - 40809153**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- CIRURGIÃO;
- MAT/MED;
- CUSTO OPERACIONAL;
- EXAME.

VALOR TOTAL DO PACOTE: R\$ 217,35 (duzentos e dezessete reais e trinta e cinco centavos)

- **PACOTE DE PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR US - 40809161**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- CIRURGIÃO;
- MAT/MED;
- CUSTO OPERACIONAL;
- EXAME BASE.

VALOR TOTAL DO PACOTE: R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)

- **PACOTE DE PUNÇÃO BIOPSIA/ASPIRATIVA DE ÓRGÃOS OU ESTRUTURAS PROFUNDAS ORIENTADAS POR TC - 40809170**

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- CIRURGIÃO;
- MAT/MED;
- CUSTO OPERACIONAL;
- EXAME BASE.

VALOR TOTAL DO PACOTE: R\$ 1.653,45 (hum mil seiscentos e cinquenta e três reais e quarenta e cinco centavos).

- **PACOTES DE OBSTETRÍCIA**

CESARIANA (FETO UNICO OU MULTIPLO) - 31309054





COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Materiais e Medicamentos;
- Taxa de Sala;
- Diária de Enfermaria;
- Oxigênio.

Valor total do pacote: R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais).

PARTO (VIA VAGINAL) COM E SEM ANALGESIA - 31309127

COMPOSIÇÃO DO PACOTE:

- Materiais e Medicamentos;
- Taxa de Sala;
- Diária de Enfermaria;
- Oxigênio.

Valor total do pacote: R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais).

• **PACOTE DE CIRURGIA BARIÁTRICA - 31002218**

O valor do Pacote é de R\$ 4.567,50 (quatro mil, quinhentos e sessenta e sete reais e cinquenta centavos) para toda a equipe cirúrgica (cirurgião, primeiro e segundo auxiliares), ainda o psicólogo e o nutricionista. O anestesista é pago com porte 6 pelo IPM, e um terço do porte 6 é devido ao anestesista auxiliar.



**CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)**

EDITAL Nº 20/2018

ANEXO XIX – QUESTIONÁRIOS DA RESOLUÇÃO CREMEC E RDC's

QUESTIONÁRIO CREMEC SRPA

QUESTIONÁRIO SOBRE A RESOLUÇÃO CREMEC Nº 44/2012, A QUAL DEFINE E REGULAMENTA AS ATIVIDADES DA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA (SRPA).

1. Há SRPA no estabelecimento de saúde?
☐ SIM ☐ NÃO
2. Durante o transporte para a SRPA o paciente é acompanhado pelo anestesista que realizou o procedimento anestésico?
☐ SIM ☐ NÃO
3. A ficha de recuperação pós-anestésica inclui os itens apresentados no parágrafo único do art. 4?
☐ SIM ☐ NÃO
4. O médico responsável pela sala de recuperação pós-anestésica faz o registro da técnica anestésica utilizada e as condições clínicas do paciente?
☐ SIM ☐ NÃO
5. Estão disponíveis para cada paciente cardioscópio, equipamento de aferição da pressão arterial e oxímetro de pulso?
☐ SIM ☐ NÃO
6. Há no ambiente da SRPA equipamento, instrumental, materiais e fármacos para a recuperação cardiorrespiratória?
☐ SIM ☐ NÃO
7. O responsável técnico pela SRPA tem registro de qualificação conforme art. 6?
☐ SIM ☐ NÃO
8. A Unidade Hospitalar oferece serviços diagnósticos, medidas de suporte e terapêutica 24 horas do dia?

☐

SIM

NÃO

☐

9. A relação obedece a 01 (um) médico plantonista para cada 12 (doze) leitos?

☐

SIM

NÃO

☐

10. O número de leitos na SRPA obedece ao número de salas cirúrgicas mais um?

☐

SIM

NÃO

☐

11. O posto de enfermagem tem pelo menos 6m² (seis metros quadrados), distância entre leitos e parede de 0,8m (zero vírgula oito metro) e entre leitos de 0,6m (zero vírgula seis metro), além de espaço suficiente para manobras?

☐

SIM

NÃO

☐

Assinatura do entrevistador e do responsável técnico pelo setor

QUESTIONÁRIO BASEADO NA RDC Nº 7 MS/ANVISA - UTI

QUESTIONÁRIO DA RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010, A QUAL DISPÕE SOBRE OS REQUISITOS MÍNIMOS PARA O FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

1. O responsável técnico médico é titulado? Sim____Não____. Se sim, solicitar cópia do título de especialista.
2. Há coordenador de enfermagem? Sim____Não____
3. Há coordenador de fisioterapia? Sim____Não____
4. O quantitativo de equipes de UTI atende ao disposto no art. 14? Sim____Não____





5. Os serviços diagnósticos e terapêuticos listados no art. 19 são assegurados na própria estrutura hospitalar? Sim____Não____
6. Os serviços diagnósticos e terapêuticos listados no art. 20 são assegurados no próprio hospital? Sim____Não____Se não, quem assegura os serviços? _____(apresentar documentação).
7. O qualitativo e quantitativo de materiais e equipamentos seguem as orientações dos arts. 57 e 58 desta RDC? Sim____Não____
8. A CCIH divulga os resultados da vigilância de infecções e perfil de sensibilidade dos microorganismos à equipe de UTI? Sim____Não____
9. A equipe de UTI orienta visitantes e acompanhantes quanto às ações de prevenção e ao controle das infecções? Sim____Não____
10. Há instalações, equipamentos, produtos e insumos suficientes para a higienização das mãos de profissionais de saúde e visitantes? Sim____Não____
11. Há lavatórios para higienização das mãos na entrada da unidade e no posto de enfermagem, com dispensador com sabonete líquido e papel toalha? Sim____Não____
12. Há preparações alcoólicas para higienização das mãos disponíveis na entrada da unidade e entre os leitos da UTI? Sim____Não____
13. Há adequação do quantitativo de profissionais com o numero de leitos? Sim____Não____
14. São realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional? Sim____Não____. Se sim, apresentar relatório.
15. Há cópias na unidade hospitalar do calendário de manutenções preventivas e do registro das manutenções realizadas? Sim____Não____



16. A unidade disponibiliza de kits para atendimento às emergências conforme o art. 60? Sim____ Não____

17. Existe serviço de educação continuada? Sim____ Não____

Assinatura do entrevistador e do responsável técnico pelo setor



QUESTIONÁRIO DE PRODUTOS PROCESSADOS BASEADO NA RE Nº 2.605 MS/ANVISA

QUESTIONÁRIO DA RE Nº 2.605, DE 11 DE AGOSTO DE 2006, A QUAL DISPÕE SOBRE A LISTA DE PRODUTOS MÉDICOS PROIBIDOS DE SEREM REPROCESSADOS.

1) O RT (responsável técnico) da CME (Central de Material e Esterilização) tem conhecimento desta lista de produtos médicos proibidos de serem reprocessados? Sim _____ Não _____

2) O Hospital segue a lista de produtos médicos proibidos de serem reprocessados? Sim _____ Não _____

Assinatura do entrevistador e do responsável técnico pelo setor

QUESTIONÁRIO BASEADO NA RDC 15 MS/ANVISA – PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE

QUESTIONÁRIO RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, A QUAL DISPÕE SOBRE AS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE.

1. Qual a classificação da CME?

☐ Classe I ☐ Classe II

2. Há terceirização do processamento de produtos para a saúde? Se sim, mostrar Contrato.

☐ NÃO ☐ SIM

3. Existe na unidade da CME Procedimentos Operacionais Padrão (POP) ou manuais de processo de trabalho disponibilizado e de fácil acesso? Se sim, apresentar.

☐ NÃO ☐ SIM

4. O(s) POP(s) da CME está(ão) amplamente divulgado(s) e disponível(veis) para consulta? NAO

☐ NÃO ☐ SIM





5. O(s) POP(s) está(ão) aprovado(s) pelo RT?:

☐ NÃO ☐ SIM

6. A CME dispõe de registro de manutenção e monitoramento dos equipamentos?

☐ NÃO ☐ SIM

7. O responsável pela CME Classe II é exclusivo do setor?

☐ NÃO ☐ SIM

8. Existe barreira técnica na CME entre a sala de recepção e limpeza e a sala de preparo?

☐ NÃO ☐ SIM

9. Para a CME Classes II, a área de recepção dos produtos para a saúde localiza-se dentro da sala de recepção e limpeza?

☐ NÃO ☐ SIM

10. Existe termômetro e registro para monitorização da temperatura do ambiente na CME?

☐ NÃO ☐ SIM

11. Existe na CME Classes I e II pistola de água sob pressão para limpeza manual de produtos com lúmen?

☐ NÃO ☐ SIM

12. Existe na CME Classe I e II pistola de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo para a secagem dos produtos?

☐ NÃO ☐ SIM

13. Existe laudo técnico de registro de monitoramento da qualidade da água? Se sim, apresentar.

☐ NÃO ☐ SIM

14. Existe na CME lavadora ultrassônica (equipamento automatizado de limpeza)?

☐ NÃO ☐ SIM

15. Existe outro método de esterelização na CME? Se sim, qual? _____

☐ NÃO ☐ SIM



16. Existem registros quem mostram o uso de testes para verificação da remoção do ar nos autoclaves com pré-vácuo?

☐

NÃO

☐

SIM

17. Existe na CME documentação que mostra o controle de rotina do processo de esterilização a vapor em ciclo *flash* de artigos para uso imediato?

☐

NÃO

☐

SIM

Assinatura do entrevistador e do responsável técnico pelo setor

QUESTIONÁRIO RDC Nº 6 MS/ANVISA - ENDOSCOPIA

QUESTIONÁRIO RDC Nº 06, DE 10 DE MARÇO DE 2013, A QUAL DISPÕE SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO PARA OS SERVIÇOS DE ENDOSCOPIA COM VIA DE ACESSO AO ORGANISMO POR ORIFÍCIOS EXCLUSIVAMENTE NATURAIS.

1. Classificação do serviço:

a. Tipo I (procedimento sem sedação) ☐

b. Tipo II (sob sedação consciente) ☐

c. Tipo III (sob qualquer tipo de sedação ou anestesia) ☐

2. Possui registro diário dos procedimentos realizados?

☐

Sim

☐

Não

3. Registro de intercorrência e eventos adversos:

☐

Sim

☐

Não

4. Registro de controle das substâncias e medicamentos especiais:

☐

Sim

☐

Não



5. Registro de acidentes ocupacionais:

☐

Sim

☐

Não

6. Esclarecimento ou orientação por escrito ao paciente sob o procedimento proposto (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), sobre os riscos e sobre as complicações frequentes:

☐

Sim

☐

Não

7. Capacitação dos profissionais envolvidos nas atividades do serviço:

☐

Prevenção e controle de infecção em serviços de saúde;

☐

Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI);

☐

Higienização das mãos;

☐

Gerenciamento de resíduos;

☐

Processo de limpeza, desinfecção, esterilização, armazenamento, transporte, funcionamento e manuseio dos equipamentos e acessórios;

☐

Monitoramento da eficácia dos saneantes;

☐

Treinamento para situações de urgência/emergência.

8. Responsável técnico:

Nome: _____

9. Infraestrutura física/Recursos materiais:

☐

Sala de recepção para o paciente

☐

Sala de consulta/procedimento

☐

Sala para recuperação (exceto para os serviços de endoscopia tipo I)

☐

Sala para processamento de equipamentos acessórios e outros produtos para a saúde, exceto para serviços de endoscopia tipo I.

10. Recursos materiais: Sim _____ Não _____

Obs: Resposta “sim” somente será válida caso estejam presentes todos os itens abaixo indicados:

- termômetro;



- esfigmomanômetro;
- estetoscópio;
- oxímetro de pulso com alarme;
- oxigênio a 100% (cem por cento);
- aspirador;
- suporte para fluido endovenoso; e
- carro ou maleta para atendimento de emergência cardiorrespiratória, contendo:
 - a. ressuscitador manual do tipo balão auto-inflável com reservatório e máscara;
 - b. cânulas naso e orofaríngeas;
 - c. laringoscópio com lâminas;
 - d. tubos endotraqueais;
 - e. sondas para aspiração;
 - f. materiais e medicamentos emergenciais; e
 - g. desfibrilador.

11. Existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), detalhado com todas as etapas de procedimento de equipamento e acessórios utilizados:

☐

Sim

☐

Não

12. O(s) POP(s) está(ão) aprovado(s) pelo RT?:

☐

Sim

☐

Não

Assinatura do entrevistador e do responsável técnico pelo setor



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (SEPOG)
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO (IPM)
INSTITUTO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (IMPARH)
CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)
ANEXO XX AO EDITAL Nº 20/2018

**VIA
ENVELOPE**

FORMULÁRIO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

PARA USO EXCLUSIVO DO IMPARH

SEQ.:

NOME:

INSCRIÇÃO:

IDENTIDADE

CPF

DATA

TOTAL DE FOLHAS ENTREGUES:

EMPRESA:

NÃO É PERMITIDO AO ATENDENTE FORNECER INFORMAÇÕES REFERENTES AOS DOCUMENTOS ENTREGUES PELO CANDIDATO. TODAS AS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO EDITAL DO CERTAME.

A CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS SERÁ REALIZADA EXCLUSIVAMENTE PELA BANCA EXAMINADORA.

OBSERVAÇÕES:

ATENDENTE

ASSINATURA DO INTERESSADO



DESTACAR E COLAR ESTE CANHOTO NO ENVELOPE
DESTACAR E ENTREGAR ESTE CANHOTO NO IMPARH



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO (SEPOG)
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO (IPM)
INSTITUTO MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS (IMPARH)
CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
DE SAÚDE AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DOS SERVIDORES DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – FORT SAÚDE (IPM SAÚDE)
ANEXO XX AO EDITAL Nº 20/2018

**VIA
CANDIDATO**

FORMULÁRIO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO INTERESSADO

NOME:

INSCRIÇÃO:

IDENTIDADE

CPF

DATA

TOTAL DE FOLHAS ENTREGUES:

EMPRESA:

NÃO É PERMITIDO AO ATENDENTE FORNECER INFORMAÇÕES REFERENTES AOS DOCUMENTOS ENTREGUES PELO CANDIDATO. TODAS AS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO EDITAL DO CERTAME.

A CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS SERÁ REALIZADA EXCLUSIVAMENTE PELA BANCA EXAMINADORA.

OBSERVAÇÕES:

ATENDENTE

ASSINATURA DO INTERESSADO



