

TABELA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIAS E TAXAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES R\$
TAXAS DE SALAS		
82010021	TAXA DE SALA ENDOSCOPIA (AMBULATORIAL)	R\$ 11,60
82010153	TAXA DE SALA APARELHO GESSADO/TALAS	R\$ 11,69
82010161	TAXA DE SALA APARELHO GESSO PELVE PODÁLICO	R\$ 11,69
82010170	TAXA DE SALA CIRURGICA S/ INTERNAMENTO CC	R\$ 32,59
82010188	TAXA DE SALA PARA CURATIVO AMBULATORIAL	R\$ 6,01
82010196	TAXA DE SALA PARA PEQUENA CIRURGIA NA URGÊNCIA	R\$ 20,80
82010200	TAXA DE SALA RECUPERAÇÃO APÓS ANESTESIA	R\$ 22,63
82010226	TAXA DE SALA HEMODINAMICA	R\$ 200,00
82010234	TAXA DE SALA CIRURGICA COM CEC HORA SUBSEQUENTE	R\$ 33,95
82010242	TAXA DE SALA EQUI. ATE 3H	R\$ 239,54
82010250	TAXA DE HORA SUBSEQUENTE DE SALA EQUIPADA	R\$ 23,95
82010269	TAXA DE ASPIRADOR DE SECREÇÕES	R\$ 30,00
82030022	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE I	R\$ 45,18
82030030	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE II	R\$ 56,46
82030049	TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE III	R\$ 85,80
82030057	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE IV	R\$ 96,43
82030065	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE V	R\$ 137,91
82030073	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE VI	R\$ 152,33
82030081	TAXA DE SALA CIRÚRGICA PORTE VII	R\$ 152,33
82030090	TAXA DE SALA CIRÚRGICA COM EXTRACORPOREA	R\$ 339,54
TABELA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIAS E TAXAS		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES R\$
TAXAS DE EQUIPAMENTOS		
85010618	APARELHO DE HEMODIÁLISE	R\$ 119,66
85010626	ARTROSCÓPIO / CIRURGIA (CAMISA/FLUXOR)	R\$ 143,32
84010142	ASPIRADOR E IRRIGADOR SITE	R\$ 19,90
85010634	ASPIRADOR POR 24 HORAS FORA DA UTI E BC	R\$ 19,83
85010650	BERÇO AQUECIDO ATÉ 3 HORAS	R\$ 6,43
85010642	BERÇO AQUECIDO POR 12 HORAS	R\$ 9,49
85010669	BERÇO AQUECIDO POR 24 HORAS	R\$ 15,80
84010100	BIÔMETRO	R\$ 25,87
98010263	BIPAP - HOME CARE POR 24 HORAS	R\$ 11,30
84010185	BISTURI BIPOLAR	R\$ 12,41
85010677	BISTURI ELÉTRICO	R\$ 14,11
85010685	BOMBA DE INFUSÃO POR 24 HORAS	R\$ 8,24
85010693	CABINE DE FLUXO LAMINAR	R\$ 53,18
84010088	CAMPIMETRIA	R\$ 26,25
85010715	CRIO P/ CATARATA	R\$ 14,64
85010707	CRIO P/ RETINA	R\$ 29,13
85010723	ECO DOPPLER COMPUTADORIZADO	R\$ 35,22
85010731	ECOCARDIOGRAMA COMPUTADORIZADO	R\$ 40,00
85010740	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 12,93
85010758	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 15,48
84010134	ELETROFISIOLOGIA NÃO INVASIVA	R\$ 23,90
84010150	ELETRORETINÓGRAFO	R\$ 31,07
84010169	ENDOLASER	R\$ 129,14
85010766	ERGOMETRIA	R\$ 18,94
85010774	FACO EMULSIFICAÇÃO	R\$ 148,40
85010782	FIBRA ÓTICA	R\$ 14,64
85010790	FIBRA ÓTICA TRANSESCLERAL INTRAVÍTREAL	R\$ 47,54
85010804	FOTOTERAPIA POR 12 HORAS	R\$ 11,60
85010812	FOTOTERAPIA POR 24 HORAS	R\$ 23,21
85010820	INCUBADORA ATÉ 3 HORAS	R\$ 7,07
85010839	INCUBADORA POR 12 HORAS	R\$ 10,44
85010847	INCUBADORA POR 24 HORAS	R\$ 17,36
85010855	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	R\$ 79,82
85010863	LASER EM SALA DE CIRURGIA	R\$ 133,89
85010871	LASER POR SESSÃO	R\$ 99,71
89040287	MICROSCOPIA ESPECULAR DE CórNEA	R\$ 55,48
85010880	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO + (CAMISA)	R\$ 25,14
85010898	MICROSCÓPIO OFTALMOLÓGICO + (CAMISA)	R\$ 110,97
85010901	MONITOR EM SALA DE RECUPERAÇÃO	R\$ 5,85
85010910	MONITOR POR 24/H FORA DA UTI / C. CIRÚRGICO	R\$ 28,92
85010928	OXÍMETRO 24/H FORA DA UTI / C. CIRÚRGICO	R\$ 30,37
85010936	OXÍMETRO EM SALA DE RECUPERAÇÃO	R\$ 5,85

85011029	PAM	R\$ 14,01				
89040295	PAQUIMETRIA ULTRASSONICA	R\$ 14,01				
TABELA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIAS E TAXAS						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES R\$				
84010177	POTENCIAL EVOCADO	R\$ 31,07				
85011010	RESPIRADOR DE PRESSÃO FORA DA UTI / CC PÔR 24 H. S/ O2	R\$ 15,41				
85011002	RESPIRADOR DE VOLUME FORA DA UTI / CC PÔR 24 H. S/ O2	R\$ 39,84				
85010960	RETINÓGRAFO	R\$ 33,01				
84010096	SINOPTÓFORO	R\$ 13,00				
84010126	TOPÓGRAFO DE CórNEA	R\$ 13,98				
84010118	ULTRASSONÓGRAFO BINOCULAR	R\$ 25,87				
98017020	VIDEOENDOSCÓPIO CIR/DIAGNÓSTICO EM BC (NEURO/OFTALMO/OTORRINO/URO)	R\$ 96,02				
98017039	VIDEOLAPAROSCÓPIO CIR/TERAPÉUTICO (ABDOM/TORAX/GINECO) - INCL: CIDEX, AD, CO², TODOS OS TROCATERES PERMANENTES E CLIPS	R\$ 405,18				
98017047	VIDEOLAPAROSCÓPIO DIAGNÓSTICO (ABDOM/TORAX/GINECO) - INCL: CIDEX, AD, CO², TODOS OS TROCATERES PERMANENTES E CLIPS	R\$ 266,47				
85010979	VITREÓFAGO	R\$ 31,77				
85010987	WET-FIELD	R\$ 16,02				
85010995	YANG-LASER	R\$ 186,41				
GASOTERAPIA						
98010298	AR COMPRIMIDO PÔR MINUTO	R\$ 0,33				
98010301	MACRONEBULIZAÇÃO P/ HORA USO S/O2	R\$ 0,45				
98010310	NEBULIZAÇÃO C/O2 + MAT MED PÔR APLICAÇÃO PERÍODO ATÉ 30 MINUTOS	R\$ 8,92				
98010328	NEBULIZAÇÃO S/O2 PÔR APLICAÇÃO	R\$ 1,41				
98010336	OXIGÊNIO POR CATETER PÔR MINUTO	R\$ 0,29				
98010271	OXIGÊNIO POR CATETER POR HORA - EM HOME CARE	R\$ 6,00				
98010360	OXIGÊNIO POR CATETER POR HORA - EM UAC	R\$ 5,00				
98010344	OXIGÊNIO/AR COMPRIMIDO EM RESPIRADOR POR MINUTO	R\$ 0,32				
98010379	OXIGÊNIO/AR COMPRIMIDO EM RESPIRADOR POR HORA - EM HOME CARE	R\$ 14,00				
98010387	OXIGÊNIO/AR COMPRIMIDO EM RESPIRADOR POR HORA - EM UAC	R\$ 14,00				
98010352	PROTÓXITO PÔR MINUTO	R\$ 0,81				
FILMES RADIOLÓGICOS						
-	FILME RADIOLÓGICO (M2)	R\$ 14,20				
98060192	RAIO X EM DOMICÍLIO - HOME CARE	R\$ 85,00				
REMOÇÕES						
85010944	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO C/MÉDICO	R\$ 92,30				
85010952	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO S/MÉDICO	R\$ 55,38				
98044079	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO C/MÉDICO (PACIENTE EM HOME CARE)	R\$ 150,00				
98044087	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO S/MÉDICO (PACIENTE EM HOME CARE)	R\$ 150,00				
98044095	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO C/MÉDICO (PACIENTE DO HSE)	R\$ 143,52				
98044109	REMOÇÃO NO PERÍMETRO URBANO S/MÉDICO (PACIENTE DO HSE)	R\$ 70,20				
TABELA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIAS E TAXAS						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES R\$				
		DIÁRIAS				
		INCLUSO NO PACOTE	NÃO INCLUSO	Padrão 1	Padrão 2	Padrão 3
98040040	URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	Honorários médicos, todas as taxas, medicamentos e materiais	Medicamentos de alto custo, quimioterápicos e anti-	R\$ 350,00	R\$ 310,00	R\$ 280,00
98010190	DAY-CLINIC	Diária de enfermaria, diária acompanhante, visita médica, dieta do paciente, taxas e	Medicamentos de alto custo, quimioterápicos e anti-	R\$ 800,00	R\$ 650,00	R\$ 500,00
98010010	ENFERMARIA ADULTO	Diária de enfermaria, diária acompanhante, visita médica, dieta do paciente, taxas e	Pareceres de especialista devendo ser remunerado	R\$ 1.200,00	R\$ 1.000,00	R\$ 800,00
98010026	ENFERMARIA PEDIÁTRICA / BERÇARIO /	Diária de enfermaria, diária acompanhante, visita médica, dieta do paciente, taxas e	Pareceres de especialista devendo ser remunerado	R\$ 1.100,00	R\$ 900,00	R\$ 750,00
TABELA DE PROCEDIMENTOS DIÁRIAS E TAXAS						
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALORES R\$				

98010130	UTI - GERAL	Diária de enfermaria, diária acompanhante, visita médica, dieta do paciente, taxas e equipamentos, nebulizações e gases medicinais, medicamentos e materiais descartáveis, raio-x simples, eletrocardiograma e exames laboratoriais. Obs: Descrição completa no manual do credenciado.	Pareceres de especialista devendo ser remunerado por evento a R\$ 150,00, o equivalente a 01(uma) visita de parecer a cada 03(três) dias, com pertinência da auditoria, devendo ser previamente solicitada pelo médico evolucionista através de laudo fundamentado em prontuário. Materiais e Medicamentos de alto custo, tais como: Xigris, Sindax, Glypressin, Somatostatina, Ambisome, Cancidas, Ecalta, V-fend, Abelcet, Granulokine, Quimioterápicos, e antineoplásicos, trombolíticos, reopro, agrastat, albumina, imunoglobulinas, fatores de coagulação e contrastes não iônicos. Medicamentos acima de R\$ 700,00 a dose unitária, que deverão ser faturados conforme tabelas vigentes; Materiais cateteres, curativos e outros materiais especiais; Diálise e Hemodiálise; Sangue e Hemoderivados.	R\$ 3.500,00	R\$ 3.100,00	R\$ 2.800,00
9804008	UTI - CARDIOLÓGICA	Diária de enfermaria, diária acompanhante, visita médica, dieta do paciente, taxas e equipamentos, nebulizações e gases medicinais, medicamentos e materiais descartáveis, raio-x simples, eletrocardiograma e exames laboratoriais. Obs: Descrição completa no manual do credenciado.	Pareceres de especialista devendo ser remunerado por evento a R\$ 150,00, o equivalente a 01(uma) visita de parecer a cada 03(três) dias, com pertinência da auditoria, devendo ser previamente solicitada pelo médico evolucionista através de laudo fundamentado em prontuário. Materiais e Medicamentos de alto custo, tais como: Xigris, Sindax, Glypressin, Somatostatina, Ambisome, Cancidas, Ecalta, V-fend, Abelcet, Granulokine, Quimioterápicos, e antineoplásicos, trombolíticos, reopro, agrastat, albumina, imunoglobulinas, fatores de coagulação e contrastes não iônicos. Medicamentos acima de R\$ 700,00 a dose unitária, que deverão ser faturados conforme tabelas vigentes; Materiais cateteres, curativos e outros materiais especiais; Diálise e Hemodiálise; Sangue e Hemoderivados.	R\$ 3.150,00	R\$ 2.900,00	R\$ 2.650,00
98040090	UTI - PEDIÁTRICA / NEONATAL	Instalações de soros, aplicação de medicamentos, enemas, irrigações e lavagens, controle de sinais vitais, peso, diurese, medidas de débitos, curativos simples, aspirações e demais procedimentos; Alimentações do paciente e dietas enterais por sonda naso-entérica; Todos os materiais descartáveis e medicamentos necessários ao tratamento do paciente de uso habitual, exceto os medicamentos e materiais de alto custo (listados abaixo), acima de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a dose unitária, que deverão ser faturados conforme tabelas vigentes; Fisioterapia motora e / ou respiratória; Taxas de uso de equipamentos diversos; SADT: Apenas Raio-X, ECG e Exames Laboratoriais; Gases Medicinais. Obs: Descrição completa no manual do credenciado.	Pareceres de especialista devendo ser remunerado por evento a R\$ 150,00, o equivalente a 01(uma) visita de parecer a cada 03(três) dias, com pertinência da auditoria, devendo ser previamente solicitada pelo médico evolucionista através de laudo fundamentado em prontuário. Materiais e Medicamentos de alto custo, tais como: Xigris, Sindax, Glypressin, Somatostatina, Ambisome, Cancidas, Ecalta, V-fend, Abelcet, Granulokine, Quimioterápicos, e antineoplásicos, trombolíticos, reopro, agrastat, albumina, imunoglobulinas, fatores de coagulação e contrastes não iônicos. Medicamentos acima de R\$ 700,00 a dose unitária, que deverão ser faturados conforme tabelas vigentes; Materiais cateteres, curativos e outros materiais especiais; Diálise e Hemodiálise; Sangue e Hemoderivados.	R\$ 3.100,00	R\$ 2.800,00	R\$ 2.500,00
98010395	INTERN. DOMICILIAR - HOME CARE ALTA COMPLEXIDADE	Internação domiciliar durante as 24 horas do dia com aparelho de ventilação mecânica. Descrição completa no manual do credenciado. (índice 11)	Descrição completa no manual do credenciado (índice 11).	R\$		850,00
98010409	INTERN. DOMICILIAR - HOME CARE ALTA COMPLEXIDADE	Internação domiciliar durante as 24 horas do dia. Descrição completa no manual do credenciado. (índice 11)	Descrição completa no manual do credenciado (índice 11).	R\$		750,00
98010160	INTERN. DOMICILIAR - HOME CARE MÉDIA COMPLEXIDADE	Internação domiciliar durante as 12 horas do dia.Descrição completa no manual do credenciado. (índice 11)	Descrição completa no manual do credenciado (índice 11).	R\$		520,00

98010239	INTERN. DOMICILIAR - HOME CARE BAIXA COMPLEXIDADE	Internação domiciliar durante as 06 horas do dia. Descrição completa no manual do credenciado.(indice 11)	Descrição completa no manual do credenciado (indice 11). R\$	370,00
----------	--	--	--	--------