

# MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DA ATIVIDADE DE AUDITORIA RETROSPECTIVA - PRESTADOR

ABERTTA SAÚDE

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	3
REGRAS REGULATÓRIAS .....	4
FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR .....	5
PSICOLOGIA HOSPITALAR .....	6
NUTRIÇÃO HOSPITALAR .....	7
FISIOTERAPIA HOSPITALAR .....	8
ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME) .....	9
QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA .....	11
PRONTO ATENDIMENTO.....	13
CENTRO CIRÚRGICO.....	16
HEMODINÂMICA.....	22
INTERNAÇÃO .....	24
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	28

ABERTTA SAÚDE

## INTRODUÇÃO

A auditoria é uma especialização na área de saúde que pode ser definida como um conjunto de medidas por meio das quais, auditores internos e externos revisam os serviços prestados de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de mensurar a qualidade dos serviços prestados.

Portanto, fazer auditoria é uma tarefa que requer conhecimentos específicos, imparcialidade e postura ética por parte de quem a executa.

Com a evolução das práticas e tecnologias que envolvem a assistência à saúde, há necessidade de acompanhar a aplicabilidade, efetividade, qualidade e ganhos na adoção dessas novas soluções. Para que isto ocorra, é importante a uniformidade de critérios e parâmetros para análise da indicação, evitando usos incorretos e cobranças indevidas considerando sempre o embasamento na literatura técnica científica e normas internas da Abertta Saúde.

A Abertta Saúde elaborou este manual para orientar, organizar e controlar a cobrança das contas médico/hospitalares, na auditoria retrospectiva, garantindo uma prestação de serviço de qualidade com uma cobrança e pagamento financeiro justo aos seus beneficiários e prestadores.

Enfim, contribuir para assegurar o relacionamento de forma adequada e transparente, garantindo a melhoria contínua dos instrumentos contratuais, gerando regras que deverão facilitar o serviço dos profissionais responsáveis pela auditoria e dos prestadores, otimizando o processo de faturamento da conta.

## REGRAS REGULATÓRIAS

1. As contas deverão ser faturadas no sistema Zeus contendo todas as documentações necessárias ao processo: guias autorizadas, pedido médico anexado, laudos, entre outros. Todos os documentos pertinentes para evidência da cobrança realizada.
2. A conta hospitalar, os honorários médicos, os insumos, os serviços auxiliares de diagnóstico e as terapias devem ser analisadas em conjunto, sempre que possível;
3. Os prontuários devem estar completos, constando entre outros registros: guia de solicitação de autorização e complementação/prorrogação autorizadas, evolução diária da equipe assistencial, prescrições médicas devidamente carimbada e assinada com as devidas checagens de enfermagem, solicitação de SADT carimbada e assinada pelo médico assistente e laudos/imagens disponíveis, entre outros. Estes devem apresentar-se em ordem cronológica. Para Instituições que possuem o processo eletrônico, os documentos devem evidenciar o registro do certificado digital profissional, bem como o número de registro no conselho de classe. Documentos como por exemplo embalagem de OPME devem constar anexados ao prontuário eletrônico através de digitalização;
4. As auditorias in loco deverão acontecer conforme cronograma do ano vigente disponibilizado aos prestadores. Reforçamos que as contas hospitalares deverão ser disponibilizadas no sistema Zeus para auditoria.
5. As solicitações de prorrogações, OPME's, medicamentos de alto custo e autorizações de procedimentos são realizadas via sistema eletrônico durante a internação do beneficiário, para avaliação da auditoria prévia e devem ser considerados na auditoria retrospectiva.
6. Os eventos de urgência realizados, deverão ser solicitadas pelo prestador via sistema, em até 05 dias corridos após a alta médica.
7. Os eventos eletivos realizados e não autorizados previamente, não serão pagos.

## FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

### REGRAS DE AUDITORIA PARA REMUNERAÇÃO DE FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

A atuação do fonoaudiólogo em ambiente hospitalar será autorizada após solicitação pelo médico assistente no prontuário, observando as situações:

- Auxílio terapêutico na decanulação de traqueostomizados;
- Avaliação quanto à possibilidade de alimentação por via oral;
- Averiguação do método mais adequado de alimentação;
- Seleção das consistências da dieta;
- Especificação dos riscos e precauções durante a alimentação;
- Avaliação das condições de uso da válvula fonatória;
- Adaptação da válvula de fala;
- Estimulação de sucção não nutritiva na neonatologia entre outros.

Todas as solicitações realizadas serão avaliadas tendo como premissas as diretrizes técnico-científicas, de acordo com o quadro clínico do beneficiário.

A cobrança em conta hospitalar deverá ocorrer através do lançamento do código TUSS contratualizado:

1. 50000632 - Sessão individual hospitalar de Fonoaudiologia

## PSICOLOGIA HOSPITALAR

### REGRAS DE AUDITORIA PARA PSICOLOGIA HOSPITALAR

A solicitação de atendimento ao beneficiário pela psicologia hospitalar deverá ser realizada pelo médico assistente.

É destinada exclusivamente para atendimento ao beneficiário internado e não será paga atendimento para familiares ou acompanhantes, não sendo remunerada mais de uma sessão por dia.

Todas as solicitações realizadas serão avaliadas tendo como premissas as diretrizes técnico-científicas, de acordo com o quadro clínico do beneficiário.

A cobrança em conta hospitalar deverá ocorrer através do lançamento do código TUSS contratualizado:

1. 50000462 - Consulta hospitalar em Psicologia
2. 50000470 - Sessão Psicologia

ABERTTA SAÚDE

## NUTRIÇÃO HOSPITALAR

### REGRAS DE AUDITORIA PARA NUTRIÇÃO HOSPITALAR

A solicitação de atendimento ao beneficiário pela nutricionista no ambiente hospitalar deverá ser realizada pelo médico assistente e registrada no prontuário do beneficiário por meio da prescrição médica.

As solicitações de nutrições enterais, bem como terapia acompanhada de suplementos orais, deverão ser feitas pelo médico assistente ou nutricionista diariamente por meio da prescrição diária, caso não seja feita a prescrição com a solicitação da dieta, o item não será pago.

A indicação e a prescrição de nutrição parenteral deverão ser realizadas exclusivamente pelo médico nutrólogo ou intensivista.

Este será remunerado pelo código *2.02.01.11-7 AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA PARENTERAL*.

A indicação e a prescrição de nutrição enteral poderão ser realizadas pelo nutricionista, médico assistente ou nutrólogo.

Portanto, caso seja realizado pelo nutrólogo, este poderá ser remunerado pelo código *2.02.01.10-9 AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA ENTERAL*.

## FISIOTERAPIA HOSPITALAR

### REGRAS DE AUDITORIA PARA FISIOTERAPIA HOSPITALAR

As solicitações de sessões de fisioterapia para beneficiários internados deverão ser feitas pelo médico assistente, para análise do auditor. Deverão ser apresentadas as evoluções do fisioterapeuta responsável pela assistência ao beneficiário, estando anexas ao prontuário médico.

Todas as solicitações realizadas serão avaliadas tendo como premissas as diretrizes técnico-científicas, de acordo com o quadro clínico do beneficiário.

A cobrança em conta hospitalar deverá ocorrer através do lançamento do código TUSS contratualizado:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
50000349	Consulta hospitalar em fisioterapia
50000799	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente independente ou com dependência parcial, com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
50000802	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente dependente com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
50001043	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência parcial com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
50001051	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com dependência total com disfunção decorrente de lesão do sistema nervoso central e/ou periférico
50000365	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo-esquelético
50000810	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com assistência ventilatória.
50000829	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem assistência ventilatória
50001000	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório sem Assistência Ventilatória Mecânica.
50001019	Atendimento fisioterapêutico hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações no sistema respiratório com Assistência Ventilatória Mecânica.
50000381	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema cardiovascular
50000390	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de queimaduras
50000403	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico
50000411	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar no pré e pós-cirúrgico e em recuperação de tecidos
50000420	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar por alterações endocrino-metabólicas
50000454	Sessão para assistência fisioterapêutica hospitalar para alterações inflamatórias e ou degenerativas do aparelho genito-urinário e reprodutor



## ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

### REGRAS DE AUDITORIA PARA ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS (OPME)

Será autorizada a utilização de OPME devidamente registrada na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando seu prazo de validade, lote e indicação de uso, registrada nas especificações do material (ANVISA).

Cabe ao médico assistente:

1. Determinar as características do OPME a ser utilizado no procedimento cirúrgico, no entanto, é proibida a indicação de fornecedor para prover o item solicitado. Quando solicitado pela equipe de auditoria da Abertta Saúde, o médico deverá justificar clinicamente a indicação do OPME solicitado.
2. O procedimento cirúrgico deverá ser solicitado na Guia de Solicitação de Internação da Abertta Saúde, especificando prioritariamente: nome do beneficiário, idade, tipo de cirurgia, quantidade de diárias de internação, solicitação dos procedimentos cirúrgicos, indicação clínica, data da solicitação, assinatura e carimbo contendo seu número de registro. Quando houver necessidade de utilização de OPME, estes podem ser solicitados na Guia de Solicitação de OPME, em relatório anexo ou na própria Guia de Internação no campo referente ao OPME, sinalizando seus respectivos códigos e descrições.
3. Relatar na guia de solicitação de OPME: nome do beneficiário, descrição do OPME e quantidade, data da solicitação, assinatura e carimbo do médico com número do registro (CRM):
  - Cirurgias eletivas: Obrigatório fornecimento de 03 orçamentos para autorização prévia do setor de autorização do convênio. Na ausência de mais de um orçamento, deverá ser anexado na solicitação do OPME carta de exclusividade de fornecimento disponibilizada pelo fornecedor. Seguem orientações normativas:
    - ✓ **Resolução Normativa nº 424, de 26 de junho de 2017** - *Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde;*
    - ✓ **Resolução CFM nº 2318/22** – *prescrição de materiais implantáveis, órteses e próteses – junta médica.*

Para auditoria in loco, no prontuário do beneficiário deverá conter: a autorização do OPME impressa, nota fiscal do item utilizado (exceção para item acordado em tabela), embalagens originais e descrição médica evidenciando a utilização. *Deve-se atentar para que a validade e lote do produto esteja em conformidade com a Nota Fiscal.*

- Cirurgias urgência/emergência: Não é necessária autorização prévia, porém, posteriormente será necessário a solicitação da guia de complementação com os procedimentos realizados e OPME utilizados, no prazo de até 5 dias corridos.

Para auditoria in loco, no prontuário do beneficiário deverá conter: a autorização do OPME, nota fiscal do item utilizado (exceção para item acordado em tabela), embalagens originais e descrição médica contendo a utilização. Lembrando que a validade e lote do produto deverá estar em conformidade com a Nota Fiscal.

Em caso de procedimentos cirúrgicos que utilizem materiais de implantes radiopacos, e que não possuem embalagem única disponível (caixas ortopédicas, neurológicas e outras), deverá constar radiografia de controle pós-operatório ou intraoperatório anexado à conta para análise da auditoria. Caso haja inconformidades em relação aos materiais e/ou marcas autorizados e utilizados, eles serão glosados pela auditoria in loco.

Obs.: Os invólucros dos OPME's utilizados e anexados no prontuário, deverão conter: número de registro ANVISA, lote, validade, referência/marca e deverão ser idênticos aos itens autorizados.

Para utilização e gestão de OPME's deverá ser respeitado as normativas abaixo:

- ✓ **Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)** – Dispõe sobre: sugerir diretrizes e propor a uniformização das atividades de aquisição, solicitação, recebimento, armazenagem, dispensação, utilização e controle de OPME;
- ✓ **Resolução - RDC Nº 156, de 11 de agosto DE 2006** - Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências;
- ✓ **Resolução - RE Nº 2.606, de 11 de agosto DE 2006** - Estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados, que constam no anexo desta Resolução;
- ✓ **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15 de 15 de março de 2012** - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;
- ✓ **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 271, DE 14 de março de 2019** - Dispõe, em caráter provisório, sobre o reprocessamento de cânulas para perfusão de cirurgias cardíacas e cateteres utilizados em procedimentos eletrofisiológicos.

## QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

### REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

Nas solicitações de quimioterapia/radioterapia deverão constar a definição clara do tratamento de acordo com protocolos baseados em evidências e diretrizes clínicas.

Nas guias SADT além da solicitação da terapia a ser utilizada, devem constar a assinatura do paciente, o carimbo do médico e da Instituição solicitante.

Os quimioterápicos, imunobiológicos e bifosfonados serão pagos pela menor unidade de fração, de acordo com a dose exata administrada no paciente.

Deve haver compatibilidade na utilização de equipamentos e dispositivos adequados de acordo com a estabilidade e as características individuais de cada medicamento.

Todos os dispositivos de infusão devem atender as recomendações da ANVISA, observando-se os critérios específicos dos produtos, como por exemplo:

- Para infusão das medicações TAXOL®, ERBITUX® e TORISEL®, deverão estar prescritos pelo médico: equipo livre de PVC, que minimiza a exposição do paciente ao plastificante DEHP que pode se desprender das bolsas de infusão ou dos materiais de PVC utilizados;
- Para infusão de drogas em bomba elastomérica, que são utilizadas em medicamentos com tempo de infusão superior a 24 horas, esta deverá ser prescrita pelo médico e autorizada previamente; A heparinização do cateter deverá ser prescrita pelo médico. Se realizada terapia medicamentosa venosa, não será pertinente a remuneração da heparinização do cateter separadamente. Ela está inclusa na taxa de sala de quimioterapia, se comparecimento ao serviço de saúde exclusivamente para permeabilização do cateter, a cobrança da taxa é pertinente.

### HONORÁRIO MÉDICO

O médico receberá pela primeira consulta e primeiro dia de tratamento, assim como por uma consulta mensal para controle da continuação do tratamento: código 20104294- TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO E 1º DIA DE TRATAMENTO.

As demais sessões de quimioterapia serão pagas ao serviço de oncologia como terapia oncológica por dia subsequente: código 20104308- TERAPIA ONCOLÓGICA - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO – até o início do próximo ciclo.

Caso o paciente esteja internado e fazendo quimioterapia, o médico receberá o honorário referente apenas a terapia oncológica: código 20104294- TERAPIA ONCOLÓGICA - PLANEJAMENTO E 1º DIA DE TRATAMENTO ou código 20104308- TERAPIA ONCOLÓGICA - POR DIA SUBSEQUENTE DE TRATAMENTO, não sendo remunerado em conjunto a visita médica no dia de realização da sessão.

A medicação oncológica prescrita por VIA ORAL será passível de avaliação pela Abertta Saúde e o fornecimento poderá ser pela Operadora. O beneficiário deverá ser comunicado e orientado posteriormente quanto a via de aquisição do medicamento.

Nas prescrições médicas das terapias deverão conter:

1. Posologia e doses de acordo com o cálculo de superfície corpórea do paciente e o esquema terapêutico;
2. Tempo de infusão do medicamento;
3. Diluente utilizado na reconstituição do medicamento e diluição final para administração;
4. Viabilidade e interações medicamentosas dos componentes da prescrição;
5. Verificação do regime antiemético, pré e pós-hidratação e outros medicamentos de suporte utilizados no tratamento.

ABERTTA SAÚDE

## PRONTO ATENDIMENTO

### REGRAS PARA COBRANÇAS EM PRONTO ATENDIMENTO

#### 1. Cobrança de Procedimentos em P.A.:

Para todos os atendimentos, incluindo aqueles que finalizarem em internação hospitalar, a cobrança do atendimento do PA deverá ser feita separadamente da conta de internação hospitalar, com identificação do atendimento ambulatorial no setor, podendo ser vinculada na mesma fatura.

#### 2. Informações obrigatórias na guia de solicitação:

O prestador deverá solicitar, além da carteira do usuário, um documento oficial com foto. Todos os procedimentos deverão ser assinados e carimbados pelo médico solicitante, além da assinatura do beneficiário na guia TISS.

#### 3. Exames complementares:

Os exames laboratoriais e de imagem de urgência deverão ter relação com o quadro clínico do beneficiário, de modo a permitir o diagnóstico correto e a conduta terapêutica a ser adotada. O médico auditor prévio poderá negar a remuneração destes se identificado a não correlação da solicitação com o quadro clínico atual do beneficiário. Exames com Diretrizes de Utilização (DUT) serão autorizados se pertinente com a diretriz.

Para os exames identificados como PAC (Procedimento de Alto Custo) pelo Rol de procedimentos da ANS, também se faz necessário a autorização prévia.

#### 4. Medicamentos:

Serão pagas apenas mediante prescrição médica e checagem da enfermagem, conforme legislação vigente da ANVISA.

Para a prescrição de antibióticos no Pronto Atendimento será pertinente quando obedecido o disposto na RDC 20 de 05 de maio de 2011 - *Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.*

Obs.: Não será remunerado a prescrição medicamentosa de antibiótico por via oral.

#### 5. Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais:

Os procedimentos cirúrgicos realizados no Pronto Atendimento deverão estar de acordo com as instruções gerais previsto na tabela de honorários contratualizada com o prestador.

Independente da acomodação contratada pelo convênio do beneficiário, enfermaria ou apartamento, o honorário médico deverá ser remunerado 1 vez a tabela.

## 6. Taxa de Sala:

Será remunerada apenas uma taxa de sala a ser considerada observando o disposto na contratualização de cada prestador (diárias e taxas).

Caso ocorra a realização de mais de um procedimento, não deverá ser cobrado mais de uma taxa de sala concomitante, por exemplo: para o beneficiário que realizar um procedimento de sutura e desbridamento de ferida, a taxa de sala devida é a 60023384- TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL apenas 1 vez, ou a taxa de sala pertinente conforme negociação.

## 7. Taxa de observação:

Ambiente destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial com necessidade de observação médica até 12 horas.

Deverá ser remunerada nos atendimentos em que há prescrição médica solicitando observação hospitalar, medicação de infusão prolongada, entre outros. Vale ressaltar que a cobrança pode variar conforme negociação.

Para remuneração da taxa de sala de observação, deverá ser considerado o tempo de permanência hospitalar do beneficiário a partir do efetivo atendimento médico (não considerar o momento em que há entrada na Classificação de Risco) até o momento da alta hospitalar registrada em prontuário médico.

Não deverá ser cobrada para atendimentos em que há apenas a realização de medicação intramuscular, solicitação de raio x, exames de teste rápido e medicação de infusão “rápida” (entende-se aquelas que são diluídas apenas em pequenos volumes: dipirona, buscopam, plasil, hidrocortisona, tilatil e outros), exceto se solicitado observação pelo médico assistente.

## 8. Materiais:

São remunerados observando o disposto na prescrição médica.

Deverá ser observado a especificidade de cada medicação para remuneração do material utilizado. Exemplo: para remuneração do equipo fotossensível, deverá ser observado se a medicação prescrita possui a indicação da utilização do item na sua bula (EX: Anfotericina B lipossomal, Nitroprussiato etc.).

Para os materiais abaixo, segue orientações:

**Água oxigenada:** item não remunerado. Conforme Anvisa, item não é considerado como medicamento.

**Colar cervical:** Sem cobertura, material de uso permanente. Quando solicitado uso permanente pelo médico deverá ser feito sob medida e adquirido pelo próprio beneficiário.

**Coletores para exame (secreção / urina / broncoscopia):** item não remunerado, incluso no valor dos exames.

**Cateter Venoso Periférico:** Deverá ser justificado claramente o motivo das tentativas sem sucesso conforme manual de Medidas de Prevenção de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde – Anvisa, limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total.

**Demais dispositivos para infusão medicamentosa:** será remunerado conforme indicado no manual de Medidas de Prevenção de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde – Anvisa,

#### 9. Curativos:

**Convencional (gaze e solução fisiológica):** serão pagos mediante evidência de realização através de evolução do enfermeiro e/ou técnico de enfermagem no prontuário do beneficiário.

**Coberturas especiais** entendidas assim, como curativos com composição própria como: placas de hidrocoloide, alginato de cálcio, hidrogel, carvão ativados entre outros. Estas deverão ser prescritas pelo médico e/ou enfermeiro da Comissão de Curativos da Instituição e descrito o procedimento pelo executante. Obrigatório anexo da embalagem do item no prontuário. Observar as coberturas que possuem necessidade de autorização do convênio para uso.

#### Observação:

Para prescrição realizada pelo profissional enfermeiro, ela deverá estar de acordo com o disposto nos procedimentos da Comissão de Curativo da respectiva Instituição e acordado com o convênio (Disponibilização do Protocolo da Instituição para prévia análise e negociação). É imprescindível que seja descrito o aspecto da lesão e as suas respectivas medidas e características.

#### 10. Luvas:

Serão pagas luvas estéreis somente para procedimentos assépticos.

Luvas de procedimentos não serão pagas, uma vez que se trata de Equipamento de Proteção Individual (EPI), respaldados pelas resoluções ANVISA (NR 06, NR 09 e NR 32).

#### 11. Assepsia do ambiente, beneficiário e equipe assistencial:

Soluções alcoólicas e não alcoólicas, algodão, escovas degermantes: não são remunerados. Item incluso em diárias e taxas.

#### Observações:

Nenhuma reposição de item é remunerada, se identificado falha técnica oriunda da equipe executora dos procedimentos (contaminação do item, defeito de fábrica, dificuldade técnica vindo de ausências de treinamentos, entre outros).

## CENTRO CIRÚRGICO

### REGRAS DE COBRANÇA PARA CENTRO CIRÚRGICO

#### 1. Procedimento Cirúrgico Ambulatorial

Para procedimentos cirúrgicos realizados em caráter ambulatorial é pertinente a cobrança da taxa de sala cirúrgica referente ao porte do procedimento realizado de acordo com o previsto na tabela contratualizada. Independente da acomodação contratada pelo convênio do beneficiário, enfermaria ou apartamento, o honorário médico deverá ser remunerado 1 vez a tabela.

#### 2. Unidade de Cirurgia Ambulatorial

Para Instituições em que há este tipo de unidade, a taxa de sala correspondente para cobrança é a 60023384- TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL, não sendo correta a cobrança do porte real do procedimento. A tabela de honorário deverá ser remunerada em 1 vez.

#### 3. Hospital Dia:

Procedimentos realizados em regime de internação em que a permanência máxima hospitalar é de 12 horas, considerando a permanência mínima de 6 horas no leito hospitalar, conforme descrito em contrato. Fora destes padrões não caracteriza internação em regime de hospital dia.

Para os casos em que o paciente permanece na Sala Recuperação Pós-anestésica (SRPA) após ato cirúrgico e recebe alta a partir da mesma, não é caracterizado como internação em regime Hospital Dia. Para acomodação enfermaria, o honorário médico deverá ser remunerado 1 vez a tabela e apartamento remunerar 2 vezes a tabela, conforme contratualizado.

#### 4. Procedimento cirúrgico com internação hospitalar: apartamento ou enfermaria

Procedimentos realizados em regime de internação em que a permanência hospitalar do beneficiário é superior a 12 horas. Para acomodação enfermaria, o honorário médico deverá ser remunerado 1 vez a tabela e apartamento remunerar 2 vezes a tabela, conforme contratualizado.

#### 5. UCO-Unidade De Custo Operacional:

Deve ser cobrada em procedimentos em que o custo operacional está previsto em Tabela contratualizada.

Terá seu valor representado em 100% para o procedimento principal e demais procedimentos adicionais observando o disposto conforme contratualizado.

De acordo com as Instruções Gerais da tabela contratualizada, em procedimentos que há previsto a UCO não é pertinente à cobrança dos equipamentos inerentes ao procedimento cirúrgico:



1.3. Quanto aos custos, estabeleceu-se a unidade de custo operacional (UCO), que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento etc. Este custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A valoração dos portes e da UCO ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de até 20%, para mais ou para menos como valores referenciais mínimos, em respeito à regionalização e a partir destes, os valores deverão ser acordados por livre negociação entre as partes.”

#### **6. Taxa De Registro Ambulatorial:**

Pertinente à cobrança desta taxa em atendimentos realizados em regime ambulatorial.

#### **7. Taxa De Registro De Internação:**

Pertinente à cobrança desta taxa em atendimentos realizados em regime de internação.

#### **8. Procedimentos Cirúrgicos De Urgência e Emergência – acréscimo de 30%:**

Para os procedimentos cirúrgicos realizados em caráter de urgência ou emergência no período compreendido entre 19h e 07h, ou sábado, domingo e feriados em qualquer horário, deve-se acrescentar no valor do honorário 30%.

Para os procedimentos iniciados no período normal e concluídos no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30%, quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência. Exemplo: Se o procedimento iniciar às 18h40min e terminar às 19h40min deve-se pagar o acréscimo de 30%.

Para estes casos não é necessária autorização prévia. No sistema Zeus deverá conter a guia complementar da solicitação de internação e do OPME utilizado, que deverá ser solicitada em até 48 horas após a realização do procedimento.

Para auditoria in loco, no prontuário do beneficiário deverá conter: a autorização do OPME, nota fiscal do item utilizado (exceção para item acordado em tabela), embalagens originais e descrição médica contendo a utilização. Lembrando que a validade e lote do produto deverá estar em conformidade com a Nota Fiscal.

#### **9. Auxiliares De Cirurgia:**

Valoração referente ao primeiro auxiliar: 30% do valor do cirurgião principal quando a tabela prever o auxiliar.

Valoração referente ao segundo, terceiro e quarto auxiliar: 20% do valor do cirurgião principal, quando a tabela prever o auxiliar.

Quando forem realizados procedimentos múltiplos e o código principal prevê auxiliar, deve ser cobrado auxiliar para todos os outros códigos.

Quando o procedimento principal não pagar auxiliar, e os demais pagarem, a cobrança deve ser realizada conforme a previsão dos códigos em tabela negociada.

Procedimentos de Angiorradiologia e Diagnósticos: quando forem realizados procedimentos cirúrgicos nos quais os auxiliares de cirurgia são previstos, juntamente com os procedimentos Angiorradiológicos e Diagnósticos (angiografias, endoscopia etc.), não se devem cobrar o auxiliar para esses procedimentos, quando eles não previrem auxiliares.

#### **10. Procedimentos Simultâneos Com Equipes Distintas:**

Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto na respectiva tabela contratualizada.

Exemplo:

31005128 - COLECISTECTOMIA SEM COLANGIOGRAFIA (P8C / PA4) e

31004202 - HEMORROIDECTOMIA ABERTA OU FECHADA, COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA (P7B / PA3)

Cirurgião Geral: 100% do código 31005128.

Coloproctologista: 100% do código 31004202.

Anestesiista: 100% do código 31005128 e 70% do código 31004202.

#### **11. Vias De Acesso:**

Só há um procedimento via única ou principal, exceto nos casos em que houver equipes distintas. Os demais códigos serão mesma via ou diferente via de acordo com a incisão cirúrgica:

Quando houver intervenção em vários órgãos ou múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso (incisão) paga-se: o código principal (maior porte cirúrgico) = 100% ou seja, via única ou principal e demais códigos = 50%, mesma via;

Quando houver intervenção em vários órgãos ou múltiplas estruturas articulares a partir de outra via de acesso (incisão) que não seja a via principal, paga-se: código principal (maior porte cirúrgico) = 100% ou seja, via única ou principal, e novo código = 70% diferente via;

Quando o valor do honorário do anestesiista for maior no procedimento secundário, apenas ele deve receber 100% por este código. Demais códigos serão percentualizados.

#### **12. Códigos Para Anestesiista:**

Os atos realizados pelo anestesiológico, que não seja o ato anestésico relacionado a algum procedimento cirúrgico, devem ser codificados e este será remunerado como cirurgião. Quando houver necessidade do concurso de anestesiista em atos médicos que não tenham seus portes previstos na tabela contratualizada, será equivalente ao estabelecido para o PORTE TRÊS (3).

Quando forem realizados procedimentos cirúrgicos múltiplos e o código principal previr anestesiista, e os outros códigos não previrem, deve ser cobrado anestesiista para todos os outros códigos,

equivalente ao PORTE 03. Observar na tabela contratualizada a codificação específica para exames diagnósticos e intervencionistas de endoscopias, ultrassonografias, tomografias e ressonâncias.

### **13. Sala De Recuperação Pós-anestésica (SRPA):**

Será remunerada quando o paciente permanecer na SRPA desde que realizados procedimentos anestésicos por sedação, anestesia geral, raquianestesia e peridural. Não é pertinente a remuneração para procedimentos realizados com anestesia local ou encaminhados da sala cirúrgica para UTI ou Intermediária.

### **14. Taxa De Necrotério:**

Deve ser cobrada quando o paciente evoluir a óbito e nos casos em que houver amputação de alguma parte do corpo e esta for encaminhado ao necrotério para aguardar recolhimento por órgão competente ou destino.

### **15. Taxa De Equipamentos:**

Deve ser cobrado conforme utilização e contratualização com o prestador, observando sempre a descrição do equipamento na tabela de diárias e taxas.

A utilização dos equipamentos, deverão ser evidenciadas através do registro da equipe médica no prontuário por meio da evolução cirúrgica, boletim anestésico ou local específico.

### **16. Gasoterapia:**

A utilização dos gases deverá constar no prontuário, com registro de início e fim da utilização:

- Ar Comprimido: Deve ser cobrado por hora e a utilização deverá ser evidenciada no boletim anestésico. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do bloco cirúrgico.
- Gás Carbônico: Deve ser cobrado a utilização até 01 hora, independentemente do tempo cirúrgico. Caso seja necessário à utilização do gás em um período superior a 01 hora, ele deverá ser evidenciado e justificado no boletim anestésico.
- Oxigênio: Deve ser cobrado conforme negociação com o prestador. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do bloco cirúrgico.
- Óxido Nitroso: Deve ser cobrado conforme negociação com o prestador e evidência de utilização no ato anestésico. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do bloco cirúrgico
- Nebulização: deve ser cobrado conforme negociação com o prestador e conforme descrição do código na tabela TUSS. Caso a cobrança seja por hora, independente de quantas sessões for realizada no período de 1 h, deverá ser cobrada apenas uma taxa por hora. Exemplo: prescrito pelos anestesistas 03 sessões de nebulização com intervalo de 15/15 min, realizada às 16h, 16h30 e 17h – 3 sessões num período de 1h, paga-se 01 taxa.

### 17. Materiais:

Não são remunerados os materiais descartáveis na condição de substituição dos itens permanentes entendidos como instrumental cirúrgico. Exemplo: espécuro vaginal descartável, histerômetro, agulhas para varizes, entre outros.

- Equipos fotossensíveis: deverá ser observado se a medicação utilizada requer sua utilização conforme determina o fabricante (Anfotericina B lipossomal, Nitroprussiato etc.);
- Água oxigenada: item não remunerado. Conforme Anvisa, item não é considerado como medicamento.
- Lâmina para tricotomizador elétrico: item incluso em taxas e diárias.
- Bico para aspirador descartável: quando evidenciado o uso do aspirador cirúrgico, material cobrado em conta, não sendo necessária autorização prévia.
- Cotonóides: item remunerado nos procedimentos cirúrgicos neurológicos e cardíacos. Necessário evidência em prontuário da sua utilização. É indispensável o anexo da embalagem e a descrição cirúrgica evidenciando a utilização no prontuário.
- Luvas Cirúrgicas: a luva cirúrgica é paga no quantitativo de 01 par para cada integrante (médico) da equipe cirúrgica descrita em folha de sala. A partir de 02 horas de tempo de cirúrgico é admitido o pagamento de 01 par de luvas cirúrgica adicional para cada integrante da equipe (médico), desde que evidenciado em prontuário a troca do item. Nos casos de dano ao EPI, se evidenciado em prontuário, é pago o item substituído. Não é pago luvas cirúrgicas para instrumentadores cirúrgicos e circulante.
- Luvas de procedimentos não serão pagas, uma vez que se trata de Equipamento de Proteção Individual (EPI), respaldados pelas resoluções ANVISA (NR 06, NR 09 e NR 32).

### 18. Taxa de bomba de infusão contínua:

Item remunerado por dia e por solução prescrita pelo médico assistente.

Pagamento pertinente para drogas vasoativas, insulina em infusão, sedação, antitrombóticos, furosemida, anestésicos, nutrição parenteral e enteral (sistema fechado), Polimixina e Anfotericina entre outros em infusão contínua. É necessário verificar a indicação disposta pelo fabricante na bula do item a ser infundido em bomba.

Para soroterapia é remunerado para os seguintes casos clínicos: beneficiários neonatais e pediátricos, cardiopatas e com insuficiência Renal.

É indispensável a prescrição médica com a indicação do uso do equipamento e evolução e checagem pela enfermagem.

### 19. Compressa cirúrgica descartável com filamento radiopaco / Campo cirúrgico descartável Opsite / Steri-dripe / IOBAN

Cobertura de acordo com a complexidade e tempo do procedimento (cardíaca, torácica, neurológica, cirurgia de coluna, craniotomias com DVP).

É indispensável a autorização prévia do item.

A utilização do item deverá ser evidenciada em prontuário e embalagem anexada no mesmo. Se utilizado em excesso, é indispensável a justificativa.

## HEMODINÂMICA

### REGRAS DE COBRANÇA NA HEMODINÂMICA

A taxa de sala cobrada para os procedimentos realizados na hemodinâmica é a taxa de sala de hemodinâmica, não sendo pertinente nenhuma cobrança de sala cirúrgica principal e adicional.

**1. Procedimento ambulatorial:** independente da acomodação contratada pelo convênio do beneficiário, enfermaria ou apartamento, o honorário médico deverá ser remunerado 1 vez a tabela. Poderá ser cobrada a taxa de registro ambulatorial;

**2. Procedimento em regime de internação:** para acomodação enfermaria, o honorário médico deverá ser remunerado em 1 vez a tabela e apartamento, remunerar 2 vezes a tabela.

Para os atos médicos conforme o capítulo de exames Diagnósticos e Terapêuticos: não se remunera o honorário 2 vezes a tabela se acomodação apartamento. A exceção poderá ocorrer quando previsto em observações específicas na tabela contratualizada, porém, devem ser percentualizados (via de acesso).

Para atendimentos na urgência/emergência observar os critérios de acréscimo de 30% de acordo com a tabela contratualizada.

**3. Auxiliares de Cirurgia:**

Quando forem realizados procedimentos múltiplos e o código principal previr auxiliar, deve ser cobrado auxiliar para todos os outros códigos.

Quando o procedimento principal não pagar auxiliar, e os demais pagarem, os honorários devem ser pagos conforme previsão dos demais códigos.

Procedimentos de Angiorradiologia e Diagnósticos: quando forem realizados procedimentos cirúrgicos que previrem auxiliares, juntamente com os procedimentos Angiorradiológicos e Diagnósticos (angiografias, endoscopia etc.), não se devem cobrar o auxiliar para esses procedimentos, quando eles não são previstos.

**4. Códigos Para o Anestesista:**

Todos os atos realizados pelo anestesista devem ser codificados, e este será remunerado como cirurgião. Quando houver necessidade do concurso de anestesista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na CBHPM, será equivalente ao estabelecido para o PORTE TRÊS (3) (CBHPM: 31602347).

## 5. Sala De Recuperação Pós-anestésica (SRPA):

Será remunerada quando o paciente permanecer na SRPA.

Para pacientes que forem encaminhados da sala cirúrgica para UTI ou Intermediária, a taxa de sala de SRPA não deve ser cobrada.

## 6. Gasoterapia:

A utilização dos gases deverá constar no prontuário, com registro de início e fim da utilização:

- Ar Comprimido: Deve ser cobrado por hora e a utilização deverá ser evidenciada no boletim anestésico. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do bloco cirúrgico.
- Gás Carbônico: Deve ser cobrado a utilização referente a 01 hora, independentemente do tempo cirúrgico. Caso seja necessário à utilização do gás em um período superior a 01 hora, ele deverá ser evidenciado e justificado no boletim anestésico.
- Oxigênio: Deve ser cobrado conforme contratualização quando utilizado aparelho de anestesia, máscara facial, traqueostomia ou cateter nasal. A contagem da hora de início e fim da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do beneficiário.
- Óxido Nitroso: Deve ser cobrado por hora quando evidenciado a utilização no ato anestésico. A contagem da hora de início e fim da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário do beneficiário.
- Nebulização: Deve ser cobrada conforme contratualização com o prestador. Para taxa contratualizada por hora, independente de quantas sessões for realizada no período de 1 h, deverá ser cobrada apenas uma taxa. Exemplo: prescrito pelos anestesistas 03 sessões de nebulização com intervalo de 15/15 min, realizada às 16h, 16h30 e 17h – 3 sessões num período de 1h, paga-se 01 taxa.

## 7. Materiais:

- Pulseira de compressão radial: Item não remunerado pelo convênio conforme diretriz técnica dele.
- Luva cirúrgica é paga no quantitativo de 01 par para cada integrante (médico) da equipe cirúrgica descrita em folha de sala. A partir de 02 horas de tempo de cirúrgico é admitido o pagamento de 01 par de luvas cirúrgica para cada integrante da equipe (médico) desde que evidenciado em prontuário a troca. Nos casos de dano ao EPI, se evidenciado em prontuário, é pago o item substituído. Não é pago luvas para instrumentadores cirúrgicos e circulantes.
- Não se remunera a utilização de água oxigenada.

### Observações:

Não são remunerados os materiais descartáveis na condição de substituição dos itens permanentes entendidos como instrumental cirúrgico. Exemplo: espéculo vaginal descartável, histerômetro, agulhas para varizes, entre outros.

## INTERNAÇÃO

### REGRAS DE COBRANÇA NA INTERNAÇÃO: APARTAMENTO / ENFERMARIA / UTI / SEMI UTI

Para planos contratados em acomodação apartamento, conforme tabela contratualizada, fica previsto a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos de procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos iniciados com o código 40, exceto quando previstos em observações específicas do capítulo do exame.

Não deverá ser cobrada a diária do dia da alta hospitalar, exceto alta por motivo de óbito ou transferência para outras Instituições para continuidade de tratamento.

A primeira diária é indivisível e inicia-se às 11 horas ou 12 horas de cada dia (de acordo com contrato). Quando o paciente for proveniente de um leito comum para UTI ou Semi UTI e nele tiver permanecido o maior período (acima de 50% do tempo), prevalece a cobrança da diária do leito comum (apartamento ou enfermaria). Nas situações de alta da UTI / Semi UTI para o leito comum prevalece a mesma orientação, se permanecer maior (acima de 50% do tempo) parte da diária na UTI / Semi UTI a diária cobrada daquela data deverá ser a da UTI / Semi UTI.

#### 1. Taxa De Registro De Internação:

Pertinente à cobrança desta taxa em regime de atendimento de internação se contratualizado.

#### 2. Gasoterapia:

A utilização dos gases deverá constar no prontuário do beneficiário, com registro de início e fim da utilização:

- Óxido Nitroso: Deve ser cobrado por hora quando evidenciado a utilização no ato anestésico. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário.
- Ar Comprimido: Deve ser cobrado por hora e a utilização deverá ser evidenciada no boletim anestésico. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário.
- Oxigênio: Deve ser cobrado por hora, quando utilizado aparelho de anestesia, máscara facial ou de traqueostomia e cateter nasal. A contagem da hora de início da utilização do gás deve ser feita pelo registro no prontuário.

- Nebulização: Deve ser cobrada conforme contratualização com o prestador. Para taxa contratualizada por hora, independente de quantas sessões for realizada no período de 1 h, deverá ser cobrada apenas uma taxa. Exemplo: prescrito pelos anestesistas 03 sessões de nebulização com intervalo de 15/15 min, realizada às 16h, 16h30 e 17h – 3 sessões num período de 1h, paga-se 01 taxa.

### 3. Procedimentos cirúrgicos realizados no leito:

Para os procedimentos cirúrgicos realizados beira leito, deverá ser cobrado o código do procedimento realizado pelo cirurgião, a Taxa de Desinfecção/Esterilização, conforme porte anestésico do código realizado. Não é pertinente a cobrança do porte real da taxa de sala cirúrgica correspondente ao procedimento.

Para internações em UTI / Semi UTI estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath).

Para internações em UTI / Semi UTI nos portes indicados para o plantonista não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes previstos na tabela contratualizada.

### 4. Visita Médica:

- Apartamento / Enfermaria

A visita médica deverá ser paga diariamente para o médico assistente e para cada especialidade que realizar o atendimento ao beneficiário, desde que evidenciado em prontuário a solicitação do médico assistente para interconsulta com o especialista.

As intercorrências atendidas pelos internistas e/ou plantonistas não serão remuneradas.

Quando o paciente for submetido a um tratamento cirúrgico, a visita médica do cirurgião assistente não deverá ser remunerada num prazo de até 10 (dez) dias após o ato cirúrgico, ou seja, do dia do pós-operatório imediato (POI) ao 10º dia pós-cirúrgico. Neste período caso seja solicitado uma interconsulta para o especialista, esta sim deverá ser remunerada.

- UTI / Semi UTI

Médico diarista UTI: é pertinente a remuneração de apenas uma visita ao dia, evidenciada através de evolução presente no prontuário.

Médico plantonista: é pertinente a remuneração do plantão de 12 horas através de codificação específica.

Poderá ser avaliado pela auditoria excepcionais relacionadas aos casos de admissão na Unidade de Terapia Intensiva.

- Medicina Hospitalista/ internista

Não se deve cobrar a visita para estes profissionais. Exceto para prestadores que possuem a negociação definida em contrato.



#### 5. **Aspiração de vias aéreas:**

Para a aspiração deve-se observar a prescrição médica, horário e checagem do procedimento com a identificação profissional. Caso a equipe de fisioterapia realize o procedimento, deve constar relatório contendo a descrição do procedimento com assinatura legível e o número de registro no conselho. O uso de luvas estéreis estará autorizado apenas em caso de aspiração traqueal (por tubo oro/ naso-traqueal ou traqueostomia);

#### 6. **Taxa de Isolamento:**

Não é permitida a cobrança desta taxa quando o paciente estiver em apartamento, a paramentação utilizada está inclusa na taxa de isolamento ou diária, conforme negociação.

A taxa de isolamento deverá ser cobrada quando o beneficiário estiver em acomodação coletiva.

Pode ser cobrada concomitante com a diária de acomodação, desde que não seja apartamento privativo.

Deverá constar no prontuário do beneficiário o alerta do SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) ou a evolução do médico assistente relatando o isolamento, pois, a taxa só poderá ser cobrada caso haja evidência desta condição através de algum destes registros.

#### 7. **Taxa De Necrotério:**

Deve ser cobrada quando o paciente evoluir a óbito e nos casos em que houver amputação de alguma parte do corpo e esta for encaminhado ao necrotério para aguardar recolhimento por órgão competente ou destino.

#### 8. **Dieta do beneficiário internado:**

Dieta por via oral está incluso nas diárias.

Aptamil/ Nan e Pré- nan (dieta para neonatal) é considerado dieta oral, por tanto não é remunerado, exceto via enteral.

#### 9. **Taxa de Refeição de Acompanhante:**

Despesas com alimentação de acompanhantes são acobertadas pelo convênio nos seguintes casos:

- Criança e adolescente menor de 18 anos;
- Parturiente;
- Idoso acima de 60 anos;
- Indivíduo portadores de necessidades especiais.

Para demais casos, a cobrança deverá ocorrer conforme contratualização com o prestador.

#### 10. **Visita da Residência Médica:**

Não é remunerada a visita para os profissionais residentes concomitante com o preceptor. Quando constar em prontuário, o registro de visita do preceptor cobra-se a visita para ele, ainda que o registro de visita do residente seja anterior à do médico preceptor.

#### **11. Equipe de Suporte Nutricional parenteral:**

Deve-se cobrar o código 2.02.01.11-7 AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA PARENTERAL, conforme evolução médica em prontuário, até 1 vez ao dia.

#### **12. Equipe do Serviço de Infecção Hospitalar (SCIH):**

Não se deve cobrar a visita para estes profissionais. Serviço Institucional, previsto na diária hospitalar.

#### **13. Visita Pré-anestésica:**

Remunerada conforme orientações constantes na tabela contratualizada: o ato anestésico se inicia com a visita pré-anestésica, prossegue com a administração da técnica anestésica indicada, que compreende o acesso venoso, intubação traqueal (quando indicada), instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que haja indicação de seguimento em UTI.

Não inclui medidas de controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.

#### **14. Materiais:**

- Sistema de aspiração fechada: indicado para pacientes em ventilação mecânica infectados com patógenos multirresistentes ou Mycobacterium tuberculosis e PEEP alta (Positive end-expiratory pressure). Necessária prescrição médica e evidência de utilização em relatório / evolução de enfermagem ou fisioterapia. A troca é recomendada a cada 72 horas ou em casos de mau funcionamento e sujidade. É necessária prescrição médica e checagem de enfermagem para utilização do item.
- Sonda nasoentérica: é remunerada 1 sonda por internação, exceto em situações de alteração de via de administração de dieta enteral para oral e retorno para enteral, a embalagem deverá ser anexada em prontuário, com prescrição médica, checagem e evolução de enfermagem.
- Dispositivos de infusão medicamentosa: a remuneração da troca de cateteres, equipos e demais dispositivos de infusão, seguirão o disposto no Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde- ANVISA.
- Filtros trocadores de calor e umidade (Filtro Umidificador): é remunerado em internações com necessidade de ventilação mecânica e infectados com patógenos multirresistentes ou Mycobacterium tuberculosis e PEEP (Positive end-expiratory pressure) alta é passível de troca a partir de 48 horas até um limite de 07 dias de acordo com o Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à

Saúde- ANVISA, porém, o convênio remunera um item a cada 07 dias e com justificativa da equipe em prontuário poderá ser pago 1 unidade a partir de 48 horas.

- Fixador de tubo orotraqueal, traqueostomia e sondas: é remunerado uma unidade do item a partir de 48 horas, com exceção para TQT que não é remunerado no dia do procedimento. É necessário relatório ou evolução de enfermagem /fisioterapia evidenciando a troca.
- Inspirômetro: pode ser utilizado pelo mesmo paciente enquanto este possuir indicação de uso, portanto é remunerado 01 por internação (Ver contratualização).
- Atadura para contenção: a contenção deverá ser prescrita pela equipe médica ou na Sistematização da Assistência do Enfermeiro sendo necessário checar e evoluir pela equipe. Será remunerado 1 item para cada membro imobilizado. As trocas deverão ser evidenciadas e justificadas em prontuário. Na ausência da justificativa será remunerado 1 item por membro a cada 07 dias.
- Colchão caixa de ovo: item remunerado na quantidade 1 por internação. Necessário a prescrição médica e evidência de utilização através de relatório ou evoluções, checagens em prontuário realizado pela equipe assistencial.
- Colar cervical: Sem cobertura, material de uso permanente. Quando solicitado uso pelo médico deverá ser feito sob medida e adquirido pelo próprio beneficiário.
- Equipo fotossensível: necessária prescrição médica e checagem de enfermagem. Remunerado uma unidade para utilização em dietas parenterais (01 a cada bolsa) e para medicamentos fotossensíveis de acordo com a recomendação do fabricante. Observar se medicamento é de prescrição intermitente ou não para remuneração do item.
- Sonda de aspiração traqueal: remunerado um item por checagem e evolução de enfermagem/fisioterapia de acordo com a prescrição médica realizada.

#### 15. Medicamentos:

Os medicamentos serão pagos de acordo com a prescrição medicamentosa realizada pelo médico assistente, respeitando dosagem, tipo de diluente, dispositivo de infusão e horário de realização checado pela enfermagem.

Observação: para medicações de alto custo, verificar contratualização para necessidade de autorização prévia ou não.

#### Observações:

Nenhuma reposição de item é remunerada, se identificado falha técnica oriunda da equipe executora dos procedimentos (contaminação do item, dificuldade técnica vindo de ausências de treinamentos, entre outros).

Atentar para negociação comercial que indica o que será considerado alto custo, pois, estes itens fazem-se necessário autorização prévia.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para remuneração da conta hospitalar será observado e acatado na auditoria in loco o disposto no contrato comercial entre a Abertta Saúde e o prestador.

Abaixo, alguns detalhamentos necessários:

- Não serão remunerados itens inerentes a exames realizados, como: CD's (Compacta Disc), papel milimetrado, gel condutor e papel fotográfico de qualquer espécie;
- Abaixador de língua: não remunerado em atendimento ambulatorial e internação. Incluso em diária, taxas e consultas;
- Absorvente higiênico: não remunerado em atendimento ambulatorial e internação. Incluso em diária, taxas e consultas. Insumo de uso pessoal;
- Agulha para punção de medula óssea-mielograma: é remunerado o quantitativo de 1 item por procedimento. A utilização em quantidade a maior, deverá ser justificada em prontuário e será avaliado na auditoria in loco. São necessários a autorização prévia e o anexo de embalagem em prontuário;
- Agulha ponta de lápis: item remunerado 01 por ato anestésico, quando descrito pelo anestesista a sua utilização no procedimento de raquianestesia;
- Bandagem antisséptica – Blood stop: item não remunerado. Incluso em diárias e taxas.
- Cotonete: item remunerado apenas nas cirurgias oftalmológicas no quantitativo até de 05 unidades para cada olho;
- Dermatocosméticos (Creme de barbear, Creme de ureia, Dermodex, Saniskin, Cavulon, Hipoglós dentre outros) conforme RDC 211/2005, não são remunerados pelo convênio;
- Dersani (Ácidos Graxos Essenciais): remunerado quando este for utilizado para tratamento de feridas. Não remunerado para prevenção de lesão. Paga-se até 10 ml/dia de utilização por área;
- Dispositivo de transferência/irrigação (transofix): remunerado apenas para transferência de grandes soluções;
- Eletrodo descartável: remunerado na utilização da monitorização cardíaca do beneficiário. Paga-se o quantitativo de até 5 unidades / dia para o paciente monitorizado. Não é remunerado na realização de exames inclusive ECG (eletrocardiograma);
- Enxaguante Bucal/ Creme de barbear: item incluso em diárias, sem cobertura contratual;
- Epitezan: Paga-se apenas para procedimentos oftalmológicos, remunerada na quantidade de 1g para ambos os olhos de acordo com horários prescritos pelo médico e checados pela enfermagem;
- Equipos (simples, injetor lateral, bomba de infusão comum, macrogotas/microgotas): equipos de infusão contínua paga-se uma unidade a cada 96 horas e equipos de administração intermitente, uma unidade a cada 24 horas (Medidas de Prevenção de Infecção relacionada a Saúde);

- Dispositivos complementares (extensores, multivias, discifix): remunerado o item a cada troca de cateter venoso (Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde- ANVISA);
- Espadrado, micropore e fita crepe: remunerado até a quantidade de 10 cm/dia por área em procedimento de acesso venoso periférico. Para demais utilização será avaliado o tipo de procedimento realizado na auditoria in loco.
- Extensão para oxigenioterapia e aspiração: item não remunerado. Incluso em diária e taxa;
- Faixa smarch: item não remunerado. Incluso em diária e taxa.
- Filme transparente: conforme diretriz técnica da operadora e ANVISA.
- Manta térmica: item caracterizado como OPME para a operadora. Necessário autorização prévia. Indicações conforme diretriz técnica da operadora
- Máscara laríngea: conforme diretriz técnica da operadora
- Saco plástico para transporte de corpo ao necrotério: item não remunerado;
- Sensor Bis: remunerar conforme contrato com o prestador;
- Seringa Perfusora 20 ml: Paga-se para medicamentos quando evidenciado a sua utilizado através da prescrição médica e checagem de enfermagem;
- Seringa Perifix para perda de resistência: remuneração pertinente quando realizado anestesia peridural, na quantidade de uma unidade por procedimento realizado. O uso excedido deverá ser justificado no Boletim anestésico;
- Sonda de Nasoenterica: Remunera-se para administração de dieta enteral, 01 por internação. Se utilização em quantidade a maior, necessário justificativa em prontuário;
- Fralda descartável: remunera-se o quantitativo de 6 unidades / diária. A utilização do item em maior quantidade deverá ser justificada em prontuário e avaliado em auditoria in loco.
- Transdutor de pressão arterial invasiva: item remunerado mediante prescrição médica, checagem e evolução de enfermagem. Necessário anexo da embalagem no prontuário. A utilização do item em quantidade maior que uma unidade deverá ser justificada pelo médico assistente;
- Azul de metileno: item remunerado para verificação de fístula e delimitação lesão colon. O uso deverá ser evidenciado na evolução cirúrgica e folha de gasto do centro cirúrgico. O item não é remunerado para marcação cirúrgica nos demais procedimentos cirúrgicos;
- Curativo cateter venoso central: Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se apresentar sujidade, estiver solta ou úmida (Manual de Medidas de Prevenção de Infecção Relacionado a Assistência à Saúde).
- Coleta exames laboratoriais: não será pago à unidade hospitalar dispositivo de punção venosa periférica utilizada em coleta de sangue para exame laboratorial, pois, já são previstos no valor do exame;
- Nebulização: não será pago o uso de seringa para preparo das soluções das nebulizações;

- Tubo aramado: será considerado quando indicado para intubação retrógrada e intubação traqueal difícil e deve estar devidamente prescrito e justificado em prontuário, quando necessária à sua utilização;
  - Sonda endobronquial: será considerado quando indicado pelo médico assistente e/ou anestesista, a intubação bronquial seletiva direito ou esquerdo e deve estar devidamente prescrito e justificado em prontuário à sua utilização.
  - Necessário solicitar autorização prévia e anexar embalagem em conta hospitalar;
- Partograma: Conforme RN nº 368, passa a ser considerado como parte integrante do processo de pagamento do procedimento. A assistência ao trabalho de parto será paga por hora até o limite de 06 horas. Não será pago se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após a primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto. A assistência ao trabalho de parto também deverá ser solicitada no sistema eletrônico JMJ;
- Itens permanentes: itens considerados de USO PERMANENTE como: caneta de Bisturi, pincel para marcação cirúrgica, cânula de Guedel, kit nebulização entre outros, não são remunerados.
- Todo diluente deve ser prescrito pelo médico e devidamente checado pelo mesmo profissional que administrou o medicamento;
- Não será pago material que for contaminado por erro de técnica ou defeito de fabricação;

ABERTTA SAÚDE

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998
2. Lei 9263, de 12 de janeiro de 1996
3. Tabela CBHPM-Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos
4. Tabela TISS-Troca de Informação em Saúde Suplementar
5. [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
6. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>
7. Resolução CFM nº 1.931/09
8. Resolução CFM nº 1.614/2001
9. Resolução COFEN nº 564/2017
10. Resolução COFEN 266/2001
11. Resolução CFM nº 1.638/2002
12. Resolução Específica 2605, de 11 de agosto de 2006
13. Resolução Específica 2606, de 11 de agosto de 2006
14. RDC 156, de 11 de agosto de 2006
15. Resolução Normativa 395, de 14 de janeiro de 2016
16. Resolução Normativa 259, de 17 de junho de 2011
17. Resolução Normativa 368, de 06 de janeiro de 2015
18. Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais
19. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Saúde-ANVISA