

CBHPM – 4ª EDIÇÃO

A Associação Médica Brasileira em conjunto com as Sociedades de Especialidade, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos apresentam a 4ª edição da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos totalmente revisada e atualizada.

Nesta edição cerca de 700 procedimentos tiveram algum tipo de alteração (inclusões e exclusões de procedimentos, atualizações de nomenclaturas, compatibilizações de portes, ajustes de alguns portes e correções de distorções). Todo este conjunto de alterações foi discutido e acordado com as 48 Sociedades de Especialidade que solicitaram revisão de suas listas de procedimentos.

A quarta edição da CBHPM passou ainda por ampla discussão na Câmara Técnica Permanente da CBHPM - da qual fazem parte as entidades médicas, operadoras de saúde e a Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Entendemos, assim, que esta nova CBHPM atinge o seu papel principal, que é se consolidar como um importante referencial entre prestadores e contratantes de serviços de saúde e balizador de remuneração dos procedimentos da área médica

Apesar dos esforços aplicados na revisão deste documento, ainda não atingimos a perfeição; por isso, acreditamos que este trabalho deverá estar em constante processo de aperfeiçoamento, para que possa oferecer aos usuários dos serviços de saúde suplementar a certeza da oferta de assistência médica de qualidade e aos profissionais de saúde a garantia de uma remuneração digna.

Setembro de 2005

Dr. Amilcar Martins Giron
Coordenador da Comissão Nacional de
Honorários Médicos da AMB

COMISSÃO NACIONAL DE HONORÁRIOS MÉDICOS

COMUNICADO OFICIAL

AOS MÉDICOS E ÀS ENTIDADES CONTRATANTES QUE INTEGRAM O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A Comissão Nacional de Honorários Médicos, em conformidade com o disposto na Resolução CFM nº 1.673/03, comunica os valores relativos em moeda nacional dos 14 portes e subportes (A,B,C), bem como o da unidade de custo operacional (UCO), previstos na CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS (CBHPM), vigentes a partir de 1º de agosto de 2003. 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.

1) Portes dos Procedimentos Médicos:

1A	R\$ 8,00
1B	R\$ 16,00
1C	R\$ 24,00
2A	R\$ 32,00
2B	R\$ 42,00
2C	R\$ 50,00
3A	R\$ 69,00
3B	R\$ 88,00
3C	R\$ 100,00
4A	R\$ 120,00
4B	R\$ 132,00
4C	R\$ 148,00
5A	R\$ 160,00
5B	R\$ 172,00

5C	R\$ 184,00
6A	R\$ 200,00
6B	R\$ 220,00
6C	R\$ 240,00
7A	R\$ 260,00
7B	R\$ 280,00
7C	R\$ 340,00
8A	R\$ 368,00
8B	R\$ 384,00
8C	R\$ 408,00
9A	R\$ 436,00
9B	R\$ 476,00
9C	R\$ 524,00
10A	R\$ 560,00

10B	R\$ 608,00
10C	R\$ 676,00
11A	R\$ 716,00
11B	R\$ 784,00
11C	R\$ 860,00
12A	R\$ 892,00
12B	R\$ 960,00
12C	R\$1.176,00
13A	R\$1.292,00
13B	R\$1.420,00
13C	R\$1.570,00
14A	R\$1.750,00
14B	R\$1.900,00
14C	R\$2.100,00

2) Unidade de Custo Operacional – UCO = R\$ 11,50

São Paulo, 1º de agosto de 2003

Dr. Eleuses Vieira de Paiva
Presidente

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos

Organizador: Eleuses Vieira de Paiva

Coordenador: Amilcar Martins Giron

Associação Médica Brasileira, 2005

03-4297

CDD-610-120981

A Classificação Brasileira Hierarquizada de
Procedimentos Médicos da Associação Médica Brasileira,
4ª edição, está registrada no 3º Registro de Títulos e
Documentos de São Paulo, sob nº 8413455,
sendo proibida a sua reprodução total ou parcial,
por qualquer meio e sistema, sem o prévio consentimento da AMB.

Marca requerida junto ao INPI - Instituto Nacional da Propriedade Industrial

ISBN - Internacional Standart Book Number:85-89073-03-3

ISBN 85-89073-03-3



9 788589 073035

© Direitos reservados à Associação Médica Brasileira

Associação Médica Brasileira

Rua São Carlos do Pinhal, 324 - Bela Vista

01333-903 - São Paulo - SP

Fone: 11 3178.6800 • Fax: 11 3178.6830

e-mail: diretoria@amb.org.br

www.amb.org.br

Setembro de 2005

APRESENTAÇÃO

A elaboração de uma lista hierarquizada de procedimentos totalmente ética, que contemplasse todas as especialidades e remunerasse dignamente os serviços profissionais, era, ao mesmo tempo, o anseio e o sonho da classe médica brasileira.

Foi nesse projeto que a Associação Médica Brasileira e suas Sociedades de Especialidade, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, utilizando a metodologia proposta pela Fipe – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, trabalharam nos últimos três anos.

O resultado deste trabalho é a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), que por ter adotado critérios científicos e éticos conta com o apoio de todas as entidades médicas nacionais - Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Confederação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos.

A CBHPM apresenta um novo conceito e uma nova metodologia no referencial médico. Essa nova filosofia proposta pelas entidades médicas nacionais altera também os princípios dos entendimentos e negociações. Por ser referencial, abre caminho para que isso ocorra em nível nacional e de forma diferenciada. Seu caráter ético, respaldado pela idoneidade das Sociedades de Especialidade, permite à população a identificação dos procedimentos médicos cientificamente comprovados.

Além de tornar transparente a conduta dos profissionais atuantes na área médica, garantindo e contemplando as relações com as empresas intermediadoras do setor, a CBHPM passa a ser também um importante instrumento de direito básico do consumidor, pois preserva a qualidade do atendimento médico, garante segurança, respeito e dignidade à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

Agosto de 2003



Eleuses Vieira de Paiva
Associação Médica Brasileira
Presidente



Edson de Oliveira Andrade
Conselho Federal de Medicina
Presidente



Ricardo Albuquerque Paiva
Confederação Médica Brasileira
Presidente



Héder Murari Borba
Federação Nacional dos Médicos
Presidente

RESOLUÇÃO CFM Nº 1.673/03

Ementa : A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é adotada como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que lhe cabe, juntamente com os Conselhos Regionais de Medicina, zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (artigo 15, letra h da Lei nº 3.268/57);

CONSIDERANDO que para que possa exercer a Medicina com honra e dignidade o médico deve ser remunerado de forma justa (artigo 3º do Código de Ética Médica);

CONSIDERANDO a aprovação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, por ocasião do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado em Brasília-DF, em maio de 2003;

CONSIDERANDO o decidido na Sessão Plenária de 7 de agosto de 2003,

RESOLVE:

Art. 1º – Adotar como padrão mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos, para o Sistema de Saúde Suplementar, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, incluindo suas instruções gerais e valores.

Art. 2º – Os valores relativos aos portes de procedimentos deverão ser determinados pelas entidades médicas nacionais, por intermédio da Comissão Nacional de Honorários Médicos.

Parágrafo único – As variações, dentro das bandas determinadas nacionalmente, serão decididas pelas Comissões Estaduais ou Regionais de Honorários Médicos, levando-se em conta as peculiaridades regionais.

Art. 3º – Revoguem-se as disposições em contrário.

Art. 4º – Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 7 de agosto de 2003

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE
Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA
Secretário-Geral

DIRETORIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (TRIÊNIO 2002/2005)

PRESIDENTE

Dr. Eleuses Vieira de Paiva

SECRETÁRIO-GERAL

Dr. Edmund Chada Baracat (SP)

1º SECRETÁRIO

Dr. Aldemir Humberto Soares (SP)

1º TESOUREIRO

Dr. Amilcar Martins Giron (SP)

2º TESOUREIRO

Dr. José Alexandre de Souza Sittart (SP)

1º VICE-PRESIDENTE

Dr. Lincoln Marcelo Silveira Freire (MG)

2º VICE-PRESIDENTE

Dr. Ronaldo da Rocha Loures Bueno (PR)

VICE-PRESIDENTE - CENTRO

Dr. Ranon Dominguês da Costa (DF)

VICE-PRESIDENTE - CENTRO-OESTE

Dr. Ricardo Saad (MT)

VICE-PRESIDENTE - NORTE

Dr. Carlos David Araujo Bichara (PA)

VICE-PRESIDENTE - NORTE-NORDESTE

Dr. Florentino de Araujo Cardoso Filho (CE)

VICE-PRESIDENTE - NORDESTE

Dr. Flávio Linck Pabst (PE)

VICE-PRESIDENTE - LESTE-NORDESTE

Dr. Lúcio Antonio Prado Dias (SE)

VICE-PRESIDENTE - LESTE-CENTRO

Dr. José Guerra Lages (MG)

VICE-PRESIDENTE - LESTE-SUL

Dr. J. Samuel Kierszenbaum (RJ)

VICE-PRESIDENTE - CENTRO-SUL

Dr. José Luiz Gomes do Amaral (SP)

VICE-PRESIDENTE - SUL

Dr. Remaclo Fischer Junior (SC)

DIRETOR DO D.A.P.

Dr. Martinho Alexandre R. A da Silva (RS)

DIRETOR CULTURAL

Dr. Severino Dantas Filho (ES)

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

Dr. Eduardo da Silva Vaz (RJ)

DIRETOR RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Dr. David Miguel Cardoso Filho (MS)

DIRETOR CIENTÍFICO

Dr. Fábio Biscegli Jatene (SP)

DIRETOR DE ECONOMIA MÉDICA

Dr. Marcos Pereira de Ávila (GO)

DIRETOR DE SAÚDE PÚBLICA

Dr. Samir Dahas Bittar (GO)

DIRETOR DO JAMB

Dr. Horácio José Ramalho (SP)

DIRETOR ACADÊMICO

Dr. Elias Fernando Miziara (DF)

DIRETOR ATENDIMENTO AO ASSOCIADO

Dr. Ricardo de Oliveira Bessa (SP)

DIRETOR DE PROTEÇÃO AO PACIENTE

Dr. Jurandir Marcondes Ribas Filho (PR)

DIRETOR DE MARKETING

Dr. Roque Salvador Andrade e Silva (BA)

CONSELHO FISCAL EFETIVOS:

Dr. José Victor Maniglia (SP)

Dr. Valdeci Ribeiro de Carvalho (PI)

Dr. Cleber Costa de Oliveira (AL)

Dr. Aristóteles Comte. de Alencar Filho (AM)

Dr. Carlos Gilberto Crippa (SC)

CONSELHO FISCAL SUPLENTES:

Dr. João Modesto Filho (PB)

Dr. Luiz Alberto Góes Muniz (AC)

Dr. Eudes Kang Tourinho (RO)

Dr. Edilson Carlos de Souza (RN)

Dra. Maria do Carmo Silva Chagas (MA)

CONSELHO DE ESPECIALIDADES DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Academia Brasileira de Neurologia
Associação Brasileira de Medicina de Tráfego
Associação Brasileira de Nutrologia
Associação Brasileira de Psiquiatria
Associação de Medicina Intensiva Brasileira
Associação Médica Homeopática Brasileira
Associação Nacional de Medicina do Trabalho
Colégio Brasileiro de Cirurgões
Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva
Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Colégio Médico de Acupuntura
Conselho Brasileiro de Oftalmologia
Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
Federação Brasileira de Gastroenterologia
Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia
Sociedade Brasileira de Anestesiologia
Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
Sociedade Brasileira de Cancerologia
Sociedade Brasileira de Cardiologia
Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão
Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica
Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica
Sociedade Brasileira de Citopatologia
Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia
Sociedade Brasileira de Dermatologia
Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva
Sociedade Brasileira de Endoscopia Peroral
Sociedade Brasileira de Genética Clínica
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
Sociedade Brasileira de Hepatologia
Sociedade Brasileira de Infectologia
Sociedade Brasileira de Mastologia
Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte
Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação
Sociedade Brasileira de Medicina Legal
Sociedade Brasileira de Nefrologia
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica
Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia
Sociedade Brasileira de Patologia
Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
Sociedade Brasileira de Pediatria
Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
Sociedade Brasileira de Reumatologia
Sociedade Brasileira de Urologia
Sociedade Médica Brasileira de Administração em Saúde

INSTRUÇÕES GERAIS

1. CLASSIFICAÇÃO HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

- 1.1 A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.
- 1.2 Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.
- 1.3 A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades Brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). Os **portes anestésicos (AN)** permanecem em número de oito e mantêm correspondência com os demais portes. Os **portes de atos médicos laboratoriais** seguem os mesmos critérios dos **portes dos procedimentos**, mas correspondem a frações do menor porte (1A). 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.
- 1.4 Os atendimentos contratados de acordo com esta Classificação de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.
- 1.5 Esta classificação constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos).

2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 2.1 Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:
 - 2.1.1 No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
 - 2.1.2 Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;

INSTRUÇÕES GERAIS

- 2.1.3 Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

3. NORMAS GERAIS

- 3.1 Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados **pós-operatórios** relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o **ato cirúrgico**. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as **visitas hospitalares** (código 1.01.02.01-9), ou para as **consultas em consultório** (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.
- 3.2 VIDEOLAPAROSCOPIA E VIDEOENDOSCOPIA
- a) Os procedimentos cirúrgicos realizados por Videolaparoscopia ou Videoendoscopia têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Estes portes estão sujeitos ao item 6 destas Instruções.
- b) Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não se aplica o disposto no item 6 destas Instruções.

4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

- 4.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da **mesma via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, **desde que não haja um código específico para o conjunto**.
- 4.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por **diferentes vias de acesso**, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
- 4.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
- 4.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

INSTRUÇÕES GERAIS

- 4.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

5. AUXILIARES DE CIRURGIA

- 5.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.
- 5.2 Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

6. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

- 6.1 Quando o paciente voluntariamente internar-se em **ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES**, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 6.2 destas Instruções.
- 6.2 Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em "hospital-dia" ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos).
- 6.3 Eventuais acordos operacionais entre operadoras de serviços de saúde e hospitais não podem diminuir a quantificação dos portes estabelecidos para equipe médica, observados os itens acima (6.1 e 6.2).

7. APLICAÇÃO

- 7.1 As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito, tanto por parte dos médicos como das operadoras.
- 7.2 As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade.

INSTRUÇÕES GERAIS

- 7.3 Cabe à Associação Médica Brasileira, com apoio das Sociedades Brasileiras de Especialidade, definir alterações nesta Classificação de Procedimentos sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido.
- 7.4 A introdução de novos procedimentos nesta Classificação deverá passar por aprovação prévia de Câmara Técnica Permanente da CBHPM coordenada pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedades Brasileiras de Especialidade. À Comissão Nacional de Honorários Médicos caberá estabelecer a hierarquia e valoração dos novos procedimentos. Contudo, procedimentos de tecnologia recente que estejam sendo introduzidos na prática médica, mas ainda não codificados na presente Classificação, embora reconhecidos, podem ser negociados diretamente entre as partes interessadas (prestadores e contratantes de serviços médicos).
- 7.5 As disposições específicas para os grupos de procedimentos constam no corpo de cada capítulo correspondente.
- 7.6 Esta Classificação não expressa qualquer divisão por especialidade médica, havendo procedimentos mesclados em várias seções e realizados por várias especialidades. A abrangência de atuação médica de cada especialista ou clínico deve ser definida pelas Sociedades de Especialidade e a Associação Médica Brasileira.

Observações da CBHPM/2005 4ª Edição

DESCRIÇÃO

1.01.01.99-3 - Observação:

- 1 - Aos atendimentos realizados em pronto socorro será aplicado o que consta no item 2 das Instruções Gerais.
- 2 - A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

1.01.02.99-0 - Observação:

Para visita hospitalar, será observado o que consta dos itens 3.1 e 6 das Instruções Gerais.

1.01.03.99-6 - Observações:

- 1 - Será obedecido o que consta no item 6 das Instruções Gerais.
- 2 - Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.
- 3 - Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia, será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí, correspondente a UMA VISITA HOSPITALAR por dia até a alta, de acordo com o código 1.01.02.01-9 (Tratamento Clínico).
- 4 - Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia.
- 5 - Atendimento ao recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e/ou entubação traqueal.

1.01.04.99-2 - Observações:

- Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nesta Classificação Hierarquizada.
- Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath).
- Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.
- Será obedecido o que consta nos itens 2 e 6 das Instruções Gerais. Estes critérios não se aplicam aos portes do plantonista. Contudo, no caso de existir um "contrato de risco" entre as partes, o plantonista fará jus ao disposto no item 6 das Instruções Gerais.

1.01.06.99-5 - Observação:

- Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do Aconselhamento Genético.

2.01.99.00-7 - Observações:

- 1 - O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade da Vida Diária e a Terapia da Linguagem.
- 2 - Os portes referentes às sessões de reabilitações e terapêuticas fisiátricas são devidos apenas quando realizadas por fisiatras. No caso de paciente internado, deverá ser observado o disposto no item 6 das Instruções Gerais.
- 3 - A remuneração prevista para as sessões de quimioterapia já contempla a visita hospitalar. Aos portes destas sessões aplica-se o disposto no item 6 das Instruções Gerais, no caso de paciente internado.
- 4 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso desse profissional, serão valorados pelo porte 1.

2.02.99.00-1 - OBSERVAÇÃO:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológista serão valorados pelo porte 1, quando houver necessidade da sua participação.

DESCRIÇÃO

2.02.01.99-0 - Observações:

- Referente ao código 2.02.01.02-8:
 - O acompanhamento será remunerado quando solicitado e justificado pelo cirurgião.
- Referente ao código 2.02.01.07-9:
 - Quando necessário acompanhamento clínico diário além dos 15 dias previstos, a valoração do ato médico corresponderá a uma visita hospitalar diária.

ORIENTAÇÕES REFERENTES A PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E HOSPITALARES

a) PACIENTE AMBULATORIAL

- De acordo com o Capítulo I - CONSULTAS - (CÓDIGO 1.01.01.01-2)

b) PACIENTE INTERNADO

- O porte equivale a UMA VISITA HOSPITALAR por dia de internação, inclusive a que corresponder ao dia da alta hospitalar (código 1.01.02.01-9), observado o item 6 das Instruções Gerais.

- c) Nos casos COMPROVADAMENTE GRAVES, cujos pacientes exigirem a presença constante ou avaliações repetidas do(s) médico(s), assistente(s), este(s) poderá(ão) realizar mais de uma visita hospitalar, desde que justificadas, a cada ato sendo atribuído o respectivo porte.

3.01.99.00-0 - OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:

- a) ITENS 3.01.01.21-2, 3.01.01.22-0 e 3.01.01.28-0

- 1 - Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existem 11 (onze) UT: cabeça e pescoço - cada um dos membros superiores - face anterior do torác - face posterior do torác - abdome - nádegas (da cintura a raiz da coxa) - cada uma das coxas - cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).
- 2 - Face, pescoço, mão, axila, região inguinais, joelhos, genitais, assim como as regiões onde as lesões atingem estruturas profundas (tendões, vasos e ossos, quando isoladas), cada um corresponde a 2 (duas) UT.

- b) OBSERVAÇÕES GERAIS

- 1 - Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico. Aos procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirúrgicos complementares corresponderão novos portes, cada qual como um novo ato.
- 2 - A qualquer outro tipo de intervenção de outros especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento serão atribuídos portes de acordo com as classificações das respectivas especialidades.

3.02.99.00-4 - Observação:

- Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.

3.03.99.00-9 - Observações:

- A inclusão de novos exames complementares deverá observar os protocolos do Conselho Brasileiro de Oftalmologia.

3.07.99.00-7 - Observações:

- 1 - Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.
- 2 - Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo porte, que será valorado com observância da presente Classificação.
- 3 - Para o tratamento clínico em regime de internação, o porte equivalerá a uma visita hospitalar.
- 4 - Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 1 auxiliar.
- 5 - Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias, quando efetivamente realizada.

DESCRIÇÃO

3.07.06.99-8 - Observação:

- Os honorários deste item incluem também outros procedimentos inerentes além das microanastomoses vasculares, como as osteossínteses tenorrafias, neurorrafias e o tratamento de tegumento cutâneo.

3.09.99.00-6 - Observações:

- 1 - REF. Códigos 3.09.01.00-6, 3.09.02.00-2, 3.09.03.00-9 e 3.09.05.00-1

- As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.13.09-8, 3.09.06.16-4 e 3.09.05.04-4 observando-se o previsto nos itens 4.1 e 4.2 das Instruções Gerais.

- Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar o Porte 3C, com artéria 5A.

- Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3, 3.09.12.08-3, 2.02.01.03-6, 2.02.01.04-4, 2.02.01.05-2, 3.09.07.14-4 3.08.04.11-6, 3.08.04.13-2 e 2.01.04.04-9 são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.

3.09.07.99-3 - Observações:

Classificação e graduação das doenças venosas (CEAP):

- São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica "CEAP" 2, 3, 4 e 5, sendo, de acordo com o nível de comprometimento quanto à quantidade, disseminação em membros inferiores, variação de calibre (2 a 4 mm), também são passíveis de tratamento cirúrgico as veias varicosas de classificação clínica CEAP 1.

- Classe 0 - Não apresenta doença venosa;
- Classe 1 - Telengectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm);
- Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm);
- Classe 3 - Classe 2 + Edema;
- Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose;
- Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada;
- Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.

3.09.09.99-6 - Observação:

- Referência código: 3.09.09.03-1
O custo operacional inclui o uso do equipamento.

3.09.11.99-0 e 3.09.12.99-7 - Observações:

- 1) Ref. Códigos 3.09.11.00-1 e 3.09.12.00-8

- As valorações correspondentes a taxa de sala, medicamentos, cateteres, contrastes, filmes e custo operacional serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes contratantes.
- Quando realizados concomitantemente procedimentos diagnósticos, terapêuticos e diagnósticos/terapêuticos, para fins de valoração dos atos praticados, será observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.

3.11.99.00-3 - Observação:

- 1 - Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.

3.12.99.00-8 - Observação:

- 1 - Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.

3.12.01.99-7 - Observação:

- Ref. Códigos 3.12.01.03-2 e 3.12.01.04-0:
Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).

3.13.09.99-2 - Observação:

- Referente ao código 3.13.09.12-7
- Quando necessário poderá ser utilizado um auxiliar.

DESCRIÇÃO

INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS ANESTESIOLOGIA

1. 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), instalação 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.

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

2. Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro abaixo:

Porte Anestésico

0	Anestesia Local
1	3A
2	3C
3	4C
4	6B
5	7C
6	9B
7	10C
8	12A

3. O porte anestésico "0" significa "NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA".

4. Quando houver necessidade do concurso de anesthesiologista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na presente Classificação, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.

5. Nos atos cirúrgicos em que haja indicação de intervenção em outros órgãos através do mesmo orifício natural, a partir da MESMA VIA DE ACESSO ou dentro da MESMA CAVIDADE ANATÔMICA, o porte a ser atribuído ao trabalho do anesthesiologista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

6. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos cirúrgicos diferentes através de outras incisões (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anesthesiologista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

7. Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, INEXISTINDO código específico na presente Classificação, os atos praticados pelo anesthesiologista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

8. Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anesthesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anesthesiologista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anesthesiologista principal.

9. Na valoração dos portes constantes desta Classificação incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anesthesiologista, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.

10. Os portes atribuídos aos atos do anesthesiologista(s) referem-se exclusivamente à intervenção pessoal, livre de quaisquer despesas, mesmo as referentes a agentes anestésico, analgésicos, drogas, material descartável, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, "scalps", cal sodada, oxigênio, etc., empregados na realização do ato anestésico.

11. O aluguel de equipamentos de controle e execução de anestésias será permitido através de instituição juridicamente estabelecida, seja com o hospital ou terceiros por ele contratados com valoração acordada previamente.

12. Quando for necessária ou solicitada consulta com o anesthesiologista, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anesthesiologista fará jus ao porte equivalente à consulta clínica.

13. Nos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, inclusive aqueles relacionados no capítulo IV, quando houver necessidade do concurso do anesthesiologista, aplica-se o previsto no item 6.2 das Instruções Gerais

DESCRIÇÃO

4.01.03.99-4 - Observações:

- 1 - A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos
- 2 - Aos procedimentos previstos nos códigos 4.01.03.57-9 e 4.01.03.61-7, quando realizados bilateralmente, o porte para o segundo lado equivalerá a 70% do previsto para o primeiro lado.
- 3 - Aplica-se o previsto no item 6 das Instruções Gerais ao procedimento código 4.01.03.18-8.

4.01.05.99-7 - Observação:

- 1 - Os procedimentos desta seção referem-se àqueles realizados em laboratórios gerais e especializados, consultórios e, nos procedimentos específicos que assim o permitirem, através de aparelhos portáteis.

4.02.02.99-2 - Observações:

1. A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e conseqüentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos portes respectivos de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contra-indicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta.
2. Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração destes atos obedecerá ao item 4.1 das Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.
3. Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus portes. Os portes e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos dependentes de Rx não incluem os portes e custos operacionais da Radiologia.
4. Os custos operacionais de Endoscopia Digestiva, não incluem os produtos médicos de uso único, os produtos médicos reutilizáveis e medicamentos, que deverão ser ressarcidos tomando-se como base as listagens de preços vigentes no mercado. Os custos operacionais referentes às Ecoendoscopias e Enteroscopias serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes.
5. Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 6 das Instruções Gerais; este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 das Instruções Gerais.
6. Nos procedimentos endoscópicos, onde há o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal (item 5 das Instruções Gerais).
7. Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3.

4.03.04.99-0 - Observações:

Ref. 4.03.04.70-1, 4.03.04.71-0, 4.03.04.72-8, 4.03.04.73-6 e 4.03.04.74-4 - Para esclarecimento diagnóstico definitivo, poderá ser necessária a realização de marcadores adicionais, segundo o código 4.03.04.08-6, para cada marcador excedente.

DESCRIÇÃO

4.04.99.00-6 - INSTRUÇÕES TÉCNICAS:

- 1 - O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.
- 2 - Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e/ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.
- 3 - Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.
- 4 - As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.
- 5 - Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco periférica, acompanhamento hospitalar/dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 5 das Instruções Gerais.
- 6 - O porte atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e/ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um porte para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 4.04.01.02-2.

DESCRIÇÃO

4.06.99.00-5 - Observações:

- 1) Ref. 4.06.01.01-3: Restringe-se ao exame feito durante o ato cirúrgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina; estes serão valorados de acordo com os itens pertinentes da Classificação. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0.
- 2) Ref. 4.06.01.03-0: Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. Assim como no código anterior não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.
- 3) Ref. 4.06.01.06-4: Estão incluídos neste item todos os procedimentos do exame de microscopia eletrônica, incluindo documentação fotográfica para cada espécime único; espécimes múltiplos terão portes valorados separadamente. Os exames de cortes semifinos apenas, sem utilização do microscópio eletrônico, terão seus portes fixados pelo código 4.06.01.15-3, uma vez a cada espécime.
- 4) Ref. 4.06.01.07-2; 4.06.01.08-0; 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2. O porte se refere apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente. Exemplo: Punções realizadas em diferentes quadrantes de mama ou diferentes nódulos de tireóide, são consideradas punções distintas. Os códigos 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2 são usados somente para a primeira região puncionada, devendo as demais seguirem os códigos 4.06.01.07-2 ou 4.06.01.08-0. A análise do material obtido terá seu porte fixado conforme código 4.06.01.11-0 e 4.06.01.25-0.
- 5) Ref. 4.06.01.11-0: Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente (exige a confecção de um a três blocos histológicos); cada "cell block" advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza e "imprints"; biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em portes separados. Múltiplos frascos enviados separadamente são remunerados por este código para cada frasco processado, independente de discriminação das amostras. Múltiplos fragmentos colocados em um mesmo frasco, mas que tenham sido obtidos de regiões topográficas ou de lesões diferentes serão remuneradas de acordo com o código 4.06.01.11-0. O valor final do exame será obtido pelo valor do código multiplicado pelo número de regiões topográficas ou lesões (identificadas pelo procedimento anatomopatológico, referidas na requisição médica ou informadas pelo paciente/familiar).
- 6) Ref. 4.06.01.15-3: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (4.06.01.11-0, 4.06.01.20-0 e 4.06.01.21-8). Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.
- 7) Ref. 4.06.01.19-6: Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco que exigem a confecção de três ou mais blocos histológicos. Este código remunera cada frasco contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).
- 8) Ref. 4.06.01.20-0: Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. Incluem as exéreses de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado. Outros exemplos são: histerectomia simples (corpo e colo são remunerados separadamente), ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorróida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar, etc. Esse procedimento geralmente exige a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada em frascos diferentes será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame. Nódulos tumorais múltiplos (mamários, prostáticos, miomatosos, etc), são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independente de serem colocados em um mesmo frasco.
- 9) Ref. 4.06.01.21-8: Peças cirúrgicas ou anatômicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. São exemplos: os produtos de cirurgias radicais, como amputação de pênis, colectomia, conização de colo uterino, enterectomia, esofagectomia, esvaziamento ganglionar (monobloco isolado), exenteração de globo ocular, gastrectomia, histerectomia radical (por neoplasia), laringectomia, mastectomia, nefrectomia, orquiectomia, pneumectomia (ou lobectomia), prostatectomia, quadrantectomia mamária, Retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia (ou lobectomia), vulvectomia, etc. Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas (para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3,0 cm); as ressecções de tumores volumosos (maiores de 7,0 cm); as ressecções de órgão parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, próstáticos, etc.; a placenta (disco placentário); em caso de gemelares, cada placenta é remunerada de forma independente.
- 10) Ref. 4.06.01.22-6: Peças cirúrgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirúrgica simples ou complexa, enviada em monobloco, ou de um espécime de amputação, como por exemplo, 1) Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epiplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente; 2) Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa; 3) Cordão umbilical e membranas de uma placenta. Admite-se a cobrança adicional de duas margens cirúrgicas nos espécimes de conização de colo uterino, (margens exo e endo cervicais) e de até cinco margens cirúrgicas nos espécimes de cirurgia oncológica radical. Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

DESCRIÇÃO

11) Ref. 4.06.01.25-0: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões terão seus portes e UCO fixados separadamente (independente de ser de mesmo órgão ou de órgãos diferentes). Da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste código para cada 5 lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireóide, equivale 3 vezes o código 4.06.01.25-0).

4.07.99.00-0 - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA MEDICINA NUCLEAR "IN VIVO"

1 - Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.

2 - Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos calculados em metros quadrados, com valores atualizados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, ou listagem oficial de preços.

OBS.: Estes valores devem ser reembolsados para exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados.

3 - Os radioisótopos e os respectivos fármacos específicos para cada exame serão reembolsados separadamente de acordo com listagem de preços atualizada, ou Unidade de Radiofármaco UR (*) do Colégio Brasileiro de Radiologia.

4 - Medicamentos, equipos, sondas, cateteres, guias e material de assepsia não constam nesta Classificação, seu reembolso será efetuado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.

5 - Tratamento de câncer de tireóide: as doses podem variar de 80 até 400 Mci.

6 - Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído porte 2.

4.07.01.99-9 - Observação:

O procedimento 4.07.01.14-0 não inclui teste ergométrico, que deve ser remunerado à parte, considerando para o cálculo o código 4.01.01.04-5.

4.07.08.99-3 - Observação:

Ref. 4.07.08.12-8 - Quando associado à TC (PET-TC), será acrescido o código 4.10.01.22-2 (TC para PET dedicado oncológico).

DESCRIÇÃO

4.08.99.00-4 - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIÓNISTAS POR IMAGEM

- 1 - Na Classificação estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.
- 2 - Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos calculados em metros quadrados, com valores atualizados pela média dos valores de revenda, prazo de 30 dias e compensação de tributos.
- 3 - Medicamentos, equipamentos, sondas, cateteres, guias, contrastes e material de assepsia não constam desta Classificação. O reembolso será efetuado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 4 - Exames angiográficos e intervencionistas terão seus portes fixados independentemente de taxas de sala.
- 5 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 6 - Eventuais adequações de portes devem obedecer critérios técnicos recomendados e supervisionados pelo CBR.
- 7 - ANGIOMEDULAR - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.
- 8 - Os procedimentos de Radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.
- 9 - Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.
- 10 - Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.
- 11 - Angiografias por catéter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7, 4.08.12.06-5 e 4.08.12.07-3) incluem-se no máximo de 3 vasos.
- 12 - Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.
- 13 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

4.08.12.99-5 - Observação:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiolegista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.

4.09.99.00-9 - Observações:

- 1 - Os contrastes serão reembolsados, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 2 - Estes valores devem ser reembolsados p/ exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados.
- 3 - Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.
- 4 - Os volumes de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos observarão a recomendação do CBR.
- 5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiolegista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.
- 6 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

4.09.02.99-4 - Observação:

- Ref. códigos 4.09.02.03-0 e 4.09.02.04-8:
Já incluem o código 4.09.01.33-5.

DESCRIÇÃO

4.10.99.00-1 - Observações:

- 1 - Contrastes serão reembolsados à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 2 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos atenderão à recomendação do CBR.
- 3 - Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do item 4.08.13.00-2.
- 4 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.
- 5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

4.11.99.00-6 - Observações:

- 1 - Contraste paramagnético será reembolsado à parte, de acordo com listagem de preços atualizada.
- 2 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos atenderão à recomendação do CBR.
- 3 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.
- 4 - Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do exame de base.
- 5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.

DESCRIÇÃO

4.12.99.00-0 - Nota:

- 1 - O número de aplicações deve obedecer à normatização do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
- 2 - Os atos médicos praticados pelo anestesiolgista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3.

NÚMERO MÁXIMO DE APLICAÇÕES PERMISSÍVEL POR LOCALIZAÇÃO DO TUMOR MALÍGNO EM CONDIÇÕES HABITUAIS DE TRATAMENTO

Procedimentos	Nº a ser utilizado
Simulação	1 por volume-alvo
Planejamento	1 por volume-alvo
Sistema de Imobilização	1 por volume-alvo
Blocos de Colimação	1 para cada campo planejado
Cheque-filme	até 2 por volume-alvo

PATOLOGIAS

Esôfago	120
Próstata convencional	140
Próstata conformada	240
Mama	120
Colo de Útero	140
Corpo do Útero	140
Estômago	120
Reto	120
Pulmão	120
Cabeça e Pescoço	165
Linfoma de Hodgkin Supra	40
Linfoma de Hodgkin Infra	40
Linfoma não hodgkiniano	40 por volume-alvo
Pele	30 por volume-alvo
Metástases Ósseas	40 por volume-alvo
Metástases Cranianas	50
Sistema Nervoso Central	120
Tumores Ósseos e Partes Moles	120

4.12.02.99-6 - Observações:

Serão valorados separadamente:

- fontes radioativas;
- exames de imagem (radiografia, ultra-som, tomografia computadorizada, fluoroscopia e ressonância magnética);
- cistoscopia.

4.13.01.99-4 - Observações:

- 1 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.
- 2 - Os atos médicos praticados pelo anestesiolgista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

4.14.01.99-9 - Observações:

- 1 - Extratos alergênicos, quando utilizados em teste cutâneo-alérgicos e de contato, devem ser valorados separadamente.
- 2 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.
- 3 - Os atos médicos praticados pelo anestesiolgista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

DESCRIÇÃO

4.15.01.99-3 - Observações:

- 1 - Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Classificação para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento.
- 2 - Os atos médicos praticados pelo anestesologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.