

Instruções gerais da Tabela de Procedimentos IPREM/GV – PAM

1. NORMAS GERAIS PARA VALORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS, CONSULTAS E SERVIÇOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS.

1.1 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.

1.2 A pontuação dos procedimentos médicos está agrupada em 14 portes e três subportes (A, B e C). Os portes anestésicos (AN) são em número de oito e mantém correspondência com os demais portes.

Quanto à unidade de custo operacional (UCO), a mesma não será adotada.

1.3 Foi adotada a CBHPM 2010 como referência de codificação e nomenclatura para os procedimentos desta tabela.

1.4 Os atendimentos contratados de acordo com esta Tabela de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários pré-estabelecidos.

1.5 Esta Tabela constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria, quartos com dois ou três leitos).

1.6 A Tabela de Procedimentos IPREM/GV – PAM contempla os procedimentos com cobertura prevista no Regulamento nº 003 do PAM de 25/06/2013, e suas posteriores alterações ou outro que venha a substituí-lo.

2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 Os atos médicos praticados exclusivamente 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 (Municipal, Estadual e Nacional).

2.1.3 Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SADT), para os quais não há incidência de qualquer percentual, independentemente do dia ou horário em que seja realizado o procedimento de SADT.

2.1.4 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, desde que o procedimento não seja eletivo.

2.2 Não há aplicação de acréscimo de 30% para procedimentos eletivos, independentemente do dia ou horário em que for realizado.

3. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

3.1 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 ou**

orifício natural, 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**.

3.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso ou orifícios naturais, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

3.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%). Exceto as que tiverem codificação específica para bilateralidade nesta Tabela.

3.4 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 Tabela.

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

3.6 Nas cirurgias em crianças com peso inferior a 2.500 gramas, fica previsto acréscimo de 100% sobre o porte do procedimento realizado.

4. AUXILIARES DE CIRURGIA

4.1 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 os demais auxiliares previstos.

4.2 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.

5. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Quando o paciente voluntariamente internar-se em **ACOMODAÇÕES HOSPITALARES SUPERIORES**, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções Gerais, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, ficando o IPREM/GV responsável pela remuneração conforme previsto na Tabela de procedimento IPREM/GV – PAM 2012.

6. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO – (1.01.03.00-7)

6.1 Será obedecido o que consta no item 5 destas Instruções Gerais.

6.2 Em caso de parto múltiplo, o atendimento pediátrico a cada recém-nato deve ser considerado individualmente.

6.3 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).

6.4 Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia é remunerado com o código 1.01.03.02-3.

6.5 Atendimento em sala de parto de recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e / ou entubação traqueal é remunerado com o código 1.01.03.03-1.

7. ATENDIMENTO EM UTI – (1.01.04.00-3)

7.1 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 Tabela de Procedimentos.

7.2 Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção vasculares para monitorizações ou terapia.

7.3 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.

7.4 Não é devido o pagamento de honorário intensivista diarista e ao intensivista plantonista para o mesmo profissional na mesma data.

8. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES

8.1 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.

8.2 Referente ao código 2.02.04.15-9: É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.

9. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

9.1 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).

9.2 Videolaparoscopia e Vídeoesoscopia

9.2.1 Os **procedimentos cirúrgicos** realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Vídeoesoscópica 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 5 destas Instruções Gerais.

9.2.2 Aos **procedimentos diagnósticos** realizados por Técnica Videolaparoscópica ou Técnica Vídeoesoscópica estão sujeitos ao item 5 destas Instruções Gerais.

9.3 Anestesiologista

9.3.1 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.

9.3.1.1 Não inclui medidas / controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiologista, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto

para o cirurgião. Ex. dissecação ou punção de veia central – não está incluso na anestesia e poderá ser feita pelo anestesista com porte específico para tal.

9.3.2 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	3 A
2	3 C
3	4 C
4	6 B
5	7 C
6	9 B
7	10 C
8	12 A

9.3.3 O porte anestésico “0” significa “Não Participação do Anestesiologista”.

9.3.4 Quando houver a necessidade do concurso do anestesista em atos médicos (não diagnósticos) que não tenham seus portes especificamente previstos na classificação, a remuneração será equivalente ao estabelecido para o porte 3. Portanto, AN3 que equivale ao porte 4 C.

9.3.5 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 anestesista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

9.3.6 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 anestesista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.

9.3.7 Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, inexistindo código específico, os atos praticados pelo anestesista serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.

9.3.8 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 anestesista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesista principal.

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

9.3.10 Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesista, em consultório, previamente à internação, a remuneração será 01 consulta eletiva (1.01.02.01-9).

9.3.11 Quando houver necessidade do concurso do anestesista, procedimentos médicos **diagnósticos** (inclusive endoscópicos), o ato praticado pelo anestesista será valorado pelo **porte anestésico 2**. Nos procedimentos **terapêuticos** a remuneração do anestesista será pelo **porte anestésico 3**. Nos procedimentos **diagnósticos + terapêuticos** (inclusive endoscópicos intervencionistas) o anestesista fará juz ao **porte anestésico 3**. Portanto, pagar-se-á o

correspondente a apenas um porte anestésico, não importando o tempo de duração nem a simultaneidade com outro procedimento.

9.3.12 Os atos médicos praticados pelo anestesiolologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados conforme tabela abaixo:

Código	Nomenclatura	Porte Anestésico	
3.16.02.23-1	Anestesia para endoscopia diagnóstica	Porte 2	4.02.01.01-5 a 4.02.01.28-7 4.02.02.03-8; 4.02.02.61-5; 4.02.02.66-6; 4.02.02.69-0 e 40202720
3.16.02.24-0	Anestesia para endoscopia intervencionista	Porte 3	4.02.02.01-1 a 4.02.02.76-3; Exceto os já descritos.
3.16.02.25-8	Anestesia para exames radiológicos de angiorradiologia	Porte 3	4.08.12.01-4 a 4.08.12.14-6
3.16.02.26-6	Anestesia para exames de ultrassonografia	Porte 2	4.09.01.01-7 a 4.09.02.12-9
3.16.02.27-4	Anestesia para exames de tomografia computadorizada	Porte 2	4.10.01.01-0 a 4.10.02.03-2
3.16.02.28-2	Anestesia para exames de ressonância magnética	Porte 3	4.11.01.01-4 a 4.11.02.01-0
3.16.02.30-4	Anestesia para exames específicos, teste para diagnóstico e outros procedimento	Porte 1	4130101-3 a 4130147-1 e 4140106-9 a 4140165-4 e 4150101-2 a 4150126-8
3.16.02.31-2	Anestesia para procedimentos clínicos ambulatoriais e hospitalares	Porte 1	2010101-5 a 2010122-8 e 2020101-0 a 2020112-5 e 2020402-7 a 2020415-9
3.16.02.32-0	Anestesia para procedimentos de medicina nuclear	Porte 2	40701018 a 40701140; 40702014 a 40702111; 40703010 a 40703088; 40704017 a 40704084; 40705013 a 40705064; 40706010 a 40706028; 40707016 a 40707083; 40708012 a 40708110; 40709019 a 40709035;

Observação: Métodos Intervencionistas por Imagem possuem porte anestésico próprio (4081306-1 a 4081416-5).

9.4 Bloqueios anestésicos de nervos e estímulos neurovasculares - Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos: 3.16.02.04-5, 3.16.02.05-3, 3.16.02.06-1, 3.16.02.07-0, 3.16.02.08-8, 3.16.02.09-6, 3.16.02.10-0, 3.16.02.11-8, 3.16.02.12-6, 3.16.02.13-4, 3.16.02.14-2, 3.16.02.15-0, 3.16.02.16-9, 3.16.02.17-7, 3.16.02.18-5, 3.16.02.22-3.

9.5 A consulta oftalmológica padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia (com ou sem midríase), microscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

9.6 Reimplantes e Revascularizações dos membros – (3070600-9)

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

9.7 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.

10. HEMODINÂMICA E CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

10.1 Quando realizados concomitantemente procedimentos diagnósticos, terapêuticos e diagnósticos / terapêuticos, para fins de valoração dos atos praticados, será observado o disposto no item 3 destas Instruções Gerais.

10.2 Cirurgia Cardíaca – códigos 3.09.01.01-4 a 3.09.03.04-1.

10.2.1 As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6 (ou 3.09.05.04-4 para crianças com peso menor que 10 kg), 3.09.06.16-4, 3.09.13.09-8 e 3.09.05.06-0 (quando houver um médico com função exclusiva de perfusionista), observando-se o previsto no item 14 destas instruções gerais.

10.2.2 Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3; 3.09.12.08-3; 2.02.01.05-2; 3.09.07.14-4; 3.09.04.08-0; 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.

10.2.3 O enxerto com veia para revascularização miocárdica será remunerado com porte 3C (para cada enxerto realizado).

10.2.4 O enxerto com artéria para revascularização miocárdica será remunerado com porte 5A (para cada enxerto realizado).

11 . ATENDIMENTO ORTOPÉDICO

11.1 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.

11.2 Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior, a ele corresponderá novo porte, que será valorado com observância da presente Tabela.

11.3 Para o tratamento clínico em regime de internação, o porte equivalerá a uma visita hospitalar.

11.4 Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 01 auxiliar.

11.5 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.

11.6 Para as cirurgias videoartroscópicas:

11.6.1 Nas cirurgias videoartroscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra-articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação desde que exista confirmação através de exame complementar de três patologias distintas na articulação em questão.

11.6.2 A captura do enxerto de tendão no tratamento cirúrgico do ligamento cruzado do joelho será remunerado com o código 3.07.31.22-4.

11.6.3 Os procedimentos extra-articulares poderão ser associados a qualquer procedimento ou associações de procedimentos intra-articulares desta lista para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico. (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias), observando-se o item 14 desta instrução.

12. OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:

12.1 ITENS 3.01.01.21-2, 3.01.01.22-0, 3.01.01.23-9, 3.01.01.28-0 e 3.01.01.38-7

12.1.1 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 tórax - face posterior do tórax - 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%).

12.1.2 Por definição é considerada lesão em área nobre/especial, queimadura nas seguintes topografias: olhos ou face ou pescoço ou mão ou pé ou genital ou grande articulação ou região onde a lesão atinge estrutura profunda (tendão, nervo, vaso, músculo ou osso). Para efeito de codificação, considera-se grande articulação: ombro (incluindo axila), cotovelo, punho, coxofemural, joelho, tornozelo (FONTE: Projeto Diretrizes AMB.). Para efeito de codificação cada uma destas áreas nobres/especiais, quando atingida em qualquer extensão - é considerada 02 (duas) UTs e somada como tal. Lesão em outra topografia do corpo humano é considerada 01 (uma) UT, quando não apresentar qualquer das características supracitadas. Para efeito de codificação, a lesão que acometa área nobre/especial associada a outro segmento corporal terá como valor final de UTs o somatório das respectivas UTs. O corpo humano pode apresentar número de UTs superior a 24.

12.1.3 Número de auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento

- 01 UT - não comporta auxílio;

- 02 a 03 UTs - um auxiliar;

- 04 ou mais UTs - dois auxiliares

12.1.4 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.

12.1.5 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.

13. CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

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

14. Hemoglobina Glicada

A Hemoglobina Glicada está incluída no código 40302733 – Hemoglobina glicada – fração A1C dosagem

15. PULSOTERAPIA

É necessária a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta, nem a visita hospitalar.

16. MÉTODOS INTERVENCIONISTAS POR IMAGEM

16.1 Quando houver procedimento intervencionista o exame de base (Ultrassom, TC, RM, RX), deverá ser pago, exceto quando houver código específico para este procedimento ou código já valorado conforme as regras vigentes.

16.2 Referente aos códigos 3.12.01.03-2 e 3.12.01.04-0: Quando orientados por US, acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).

16.3 Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

16.4 Angiografias por cateter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7 e 4.08.12.06-5) incluem-se no máximo 3 vasos.

16.5 Quando realizado angiografia diagnóstica e / ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 3 destas Instruções Gerais.

16.6 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.

16.7 Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.

16.8 Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.

16.9 Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Tabela e, em 70%, os demais exames realizados. Este critério não se aplica ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

17. PROCEDIMENTOS ENDOSCÓPICOS INTERVENCIONISTAS

17.1 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.

17.2 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 3.1 destas Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.

17.3 Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus portes, pois a videoendoscopia (4.02.01.12-0) é via de acesso para estes procedimentos. Os portes dos procedimentos endoscópicos dependentes de RX não incluem os portes da Radiologia.

17.4 Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 5 destas Instruções Gerais. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 destas Instruções Gerais.

17.5 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 4.1 destas Instruções Gerais).

17.6 Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológico nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte anestésico 2 (código: 3.16.02.23-1). Quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte anestésico 3 (código: 3.16.02.24-0).

18. MEDICINA NUCLEAR

18.1 O procedimento 4.07.01.14-0 (Cintilografia do miocárdio perfusão - estresse físico) não inclui teste ergométrico convencional (4.01.01.04-5) nem o Teste Ergométrico Computadorizado (4.01.01.03-7), que devem ser remunerados à parte, desde que realizado por médico.

18.2 Quando necessário procedimento sob assistência de anestesista, a este será atribuído porte anestésico 2 (código: 3.16.02.32-0).

18.3 Os exames que forem realizados por técnica tomográfica devem ser acrescidos em 50% no seu valor.

19. MEDICINA TRANSFUSIONAL – INSTRUÇÕES TÉCNICAS

19.1 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.

19.2 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.

19.3 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.

19.4 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.

19.5 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 4.1 destas Instruções Gerais.

19.6 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.

20. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

20.1 Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do procedimento correspondente.

20.2 Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo código 3.16.02.27-4 (AN 2).

20.3 Arthro-TC ou Cisternografia, deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste.

20.4 Quando solicitado exame de 02 áreas, na segunda área será cobrado 70% do valor do exame na Tabela.

20.5 Quando solicitado exame de 03 áreas, na segunda área será cobrado 70% e para a terceira área será cobrado 50% do valor do exame na Tabela.

20.6 Somam-se os valores dos filmes de cada área.

21. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

21.1 Para ressonância magnética de mama (unilateral), o código **4.11.01.16-2** passa a corresponder para ele mesmo, com valor em CBHPM dividido por 2.

21.2 Quando solicitado exame 02 áreas, na segunda será cobrado 80% do valor do exame na Tabela. O mesmo percentual se aplica a terceira área, quarta área e etc.

21.3 Artrografia por ressonância: acrescentar 30% ao valor do exame.

21.4 Estudo dinâmico de ressonância: acrescentar 50% ao valor do exame.

21.5 Quando solicitada conjuntamente com outro exame segue a regra de 02 segmentos.

21.6 Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3 (código 3.16.02.28-2), uma única vez.

21.7 O procedimento 4.08.08.06-8 "Marcação pré-cirúrgica por estereotaxia, orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base).

22. ULTRASSONOGRAFIAS

22.1 A cada ultrassonografia realizada será pago o valor de 100%.

22.2 Os procedimentos 4.09.01.33-5 (Próstata transretal - inclui abdome inferior masculino) e 4.09.01.17-3 (Abdome inferior masculino - bexiga, próstata e vesículas seminais) não são remunerados concomitantemente. Este critério se aplica também aos procedimentos 4.09.01.30-0 (Transvaginal - inclui abdome inferior feminino) e 4.09.01.18-1 (Abdome inferior feminino - bexiga, útero, ovário e anexo).

22.3 Referente aos códigos 4.09.02.03-0 e 4.09.02.04-8: Já incluem o código 4.09.01.33-5.

22.4 Procedimentos intervencionistas orientados por ultrassom acrescem portes e normas do item 17 destas Instruções Gerais.

22.5 Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2 (código 3.16.02.26-6), uma única vez.

23. SEGMENTO EM COLUNA

O conceito de "segmento" em coluna vertebral se refere a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas capsuloligamentares e musculares.

24. ELETROFISIOLOGIA

A eletroneuromiografia inclui: eletromiografia, velocidade de condução e teste de estímulos.

25. ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA

25.1 Referente ao código **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 desta Tabela. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0.

25.2 Referente ao código **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.

25.3 Referente aos códigos **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. (por 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.

25.4 Referente ao código **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 referidas na requisição médica.

25.5 Referente ao código **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.

25.6 Referente ao código **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).

25.7 Referente ao código **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.

25.8 Referente ao código **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.

25.9 Referente ao código **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:

25.9.1 Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente;

25.9.2 Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa;

25.9.3 Cordão umbilical e membranas de uma placenta.

25.10 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.

25.11 Referente ao código **4.06.01.25-0**: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões terão seus portes fixados separadamente (independente de ser de mesmo órgão ou de órgãos diferentes). Da mesma região utiliza-se o porte deste código para cada 05 (cinco) lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireóide, equivale 3 vezes o código 4.06.01.25-0).

26. Procedimentos pagos por sessões

No valor pago pela sessão estão inclusos os materiais que possam ser necessários à realização da sessão.

27. Exames unilaterais

Quando realizados na quantidade 02 (bilateralmente) o pagamento será de 100% do valor para cada exame.