



MANUAL DO CREDENCIADO DO SERVIR

SECRETARIA DA
ADMINISTRAÇÃO

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



REVISÃO E CERTIFICAÇÃO DO MANUAL

O Manual dos Prestadores, foi disponibilizado a todos os prestadores no site do PLANSAÚDE para que pudessem ter ciência das novas regras e colaborar de forma objetiva para formatação do mesmo.

O PLANSAÚDE recebeu várias solicitações de alteração do manual, dentre as quais a mais relevante foi a do SINDESTO – SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO TOCANTINS, que nos enviou um documento com 44 páginas e mais de 120 sugestões de alteração no manual.

A partir de então, o PLANSAÚDE formou uma comissão com representantes do SINDESTO, do PLANSAÚDE e também convidou o SIMED – Sindicato do Médicos que não enviou representante.

Após inúmeras reuniões discutindo ponto a ponto as sugestões de alteração, a presente comissão chegou a este manual que agora ratificamos com as assinaturas que se seguem:

MEMBROS DA COMISSÃO:

ERIKA QUIEL DOS SANTOS SILVA
PRESTADORES

REGINALDO PEREIRA DOS SANTOS TOCANTINS
PLANSAÚDE

VERA APARECIDA FREITAS
PRESTADORES

THIAGO ANTÔNIO DE SOUSA FIGUEIREDO
Presidente do SINDESTO

INEIJAIM JOSÉ BRITO SIQUEIRA
DIRETOR DE GESTÃO DO PLANSAÚDE

Sumário

1	APRESENTAÇÃO	8
2	INTRODUÇÃO.....	9
3	IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO	10
4	CANAIS DE ATENDIMENTO	11
5	CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÕES CADASTRAIS	12
6	COBERTURAS	13
6.1	PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS NÃO COBERTOS.....	13
6.2	PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS COBERTOS	14
7	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DA PRODUÇÃO MENSAL.....	15
7.1	DO PRAZO PARA ENTREGA.....	15
7.2	DO LOCAL DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO FÍSICA	15
7.3	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	16
8	MÓDULO I – ATENDIMENTO AMBULATORIAL ELETIVO	17
8.1	CONSULTA MÉDICA ELETIVA	17
8.2	CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	17
8.3	CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA	18
8.4	SERVIÇOS DE S.A.D.T ELETIVOS AMBULATORIAIS.....	25
8.4.1	SADT, REGRAS GERAIS.....	25
8.4.2	REGRAS ESPECÍFICAS PARA EXAMES – ALGUNS DESTAQUES	25
9	MÓDULO II – ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA	42
9.1	REGRAS GERAIS	42
9.2	SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.....	44
9.3	PROCEDIMENTOS	48
9.4	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS.....	48
9.5	HONORÁRIOS DE ANESTESIA	48
9.6	MEDICAMENTOS	49
9.7	MATERIAIS.....	50
9.8	TAXAS COBERTAS NO ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO	50
9.9	GÁS MEDICINAL.....	51
9.10	INTERNAÇÃO ORIUNDA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	52
9.11	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA.....	52
9.12	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	52
10	MODULO III - PROCEDIMENTOS NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	53

10.1	CIRURGIA AMBULATORIAL /PEQUENAS CIRURGIAS	53
10.2	REGRAS GERAIS	53
10.3	TRATAMENTOS ESPECIAIS EM AMBULATÓRIO	55
10.3.1	TRATAMENTO DO CÂNCER	55
10.3.2	REGRAS PARA ENTREGA DO ATENDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA E DE RADIOTERAPIA	71
10.3.3	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO DE QUIMIOTERAPIA E DE RADIOTERAPIA	72
10.3.4	TRATAMENTO DIALÍTICO	72
10.3.5	PROCEDIMENTOS COBERTOS.....	72
10.3.6	MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, DIALISADORES E LINHAS ARTERIAIS E VENOSAS.....	74
10.3.7	HONORÁRIOS MÉDICOS	74
10.3.8	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA DIALÍTICA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA.....	75
10.3.9	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: ATENDIMENTO NO FORMATO DE PACOTE	77
10.3.10	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	80
10.3.11	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	80
10.4	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA.....	80
10.4.1	CRITÉRIOS DE CONTRA-INDICAÇÕES.....	82
10.4.2	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO	82
10.4.3	TRATAMENTO SUBSEQUENTE (2º TRATAMENTO).....	82
10.5	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	85
10.6	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	85
10.7	SESSÃO DE LITOTRIPSIA.....	85
10.8	OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA	86
10.8.1	REGRAS GERAIS	86
10.8.2	CRITÉRIOS PARA COBERTURA	87
10.8.3	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	89
10.8.4	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	90
10.9	ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS	90
10.9.1	FISIOTERAPIA AMBULATORIAL.....	90
10.9.2	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO	91
10.9.3	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	93
10.9.4	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	93
10.10	FONOAUDIOLOGIA.....	93
10.10.1	INFORMAÇÕES GERAIS.....	93
10.10.2	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO	94
10.10.3	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	96
10.10.4	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO	96

10.11	PSICOLOGIA.....	96
10.11.1	INFORMAÇÕES GERAIS.....	97
10.11.2	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO	97
10.11.3	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	99
10.11.4	REGRAS PARA COBRANÇA E PAGAMENTO DA PRODUÇÃO.....	99
10.12	ATENDIMENTO NUTRICIONAL	99
10.12.1	REGRAS GERAIS	99
10.12.2	SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO.....	100
10.12.3	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO	100
10.12.4	PARA COBRANÇA E PAGAMENTO DA PRODUÇÃO.....	101
10.13	PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO DE SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS ..	101
11	MÓDULO IV - ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO	102
11.1	HOSPITAL-DIA/CLÍNICA-DIA	102
11.2	REGRAS PARA PROCEDIMENTOS NA MODALIDADE DAY CLINIC, EM GERAL	103
11.3	PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS	104
11.4	PROCEDIMENTOS COBERTOS.....	105
11.5	INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	105
11.5.1	NORMAS GERAIS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO	105
11.5.2	REGRAS ESPECÍFICAS POR ITENS DE SERVIÇOS QUE COMPÕEM A CONTA HOSPITALAR 131	
11.5.3	DIÁRIAS.....	131
11.5.4	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS.....	139
11.5.5	HONORÁRIOS DE AUXÍLIO CIRÚRGICO.....	142
11.5.6	HONORÁRIOS DO INTENSIVISTA PLANTONISTA E DIARISTA DE UTI:.....	143
11.5.7	HONORÁRIOS DO ANESTESISTA.....	143
11.5.8	SOBRE A COBRANÇA DE ANESTESIA EM PROCEDIMENTOS PREVISTO NA TPPS	145
11.5.9	SOBRE A COBRANÇA DE ANESTESIA EM PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTO NA TPPS ..	146
11.6	INTERNAÇÃO EM UTI	147
11.7	PROCEDIMENTOS	147
11.8	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT).....	148
11.9	MEDICAMENTOS	150
11.10	MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS.....	151
11.11	MATERIAIS.....	151
11.11.1	DESCARTÁVEIS/ESPECIAIS.....	151
11.11.2	DE ALTO CUSTO	153
11.12	TAXAS HOSPITALARES	154
11.13	TROCA DE DISPOSITIVOS.....	154

11.14	GASES MEDICINAIS.....	154
11.15	PRÓTESES CIRÚRGICAS E MATERIAIS ESPECIAIS DEFINIÇÕES.....	155
11.16	REGRAS GERAIS E ESPECÍFICAS	156
11.17	SOLICITAÇÃO DE OPME.....	156
11.18	REMOÇÕES.....	158
11.19	HEMOTERAPIA / TERAPIA TRANSFUSIONAL	158
11.19.1	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA HEMOTERAPIA	159
11.19.2	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA.....	160
11.19.3	TESTES COBERTOS QUANDO DO USO DE HEMOCOMPONENTES/ HEMODERIVADOS.....	162
11.19.4	REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DOS HEMOTERÁPICOS/ HEMOCOMPONENTES 168	
11.19.5	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO DE HEMOTERÁPICOS	168
11.20	REGRAS GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E SADT.....	168
11.21	PACIENTE CRÔNICO.....	177
11.21.1	PACIENTE CRÔNICO, REGRAS GERAIS	177
11.22	TAXAS COBERTAS	177
11.22.1	TAXAS DE SALAS	177
11.22.2	TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA	178
11.22.3	TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO.....	179
11.22.4	TAXAS DE SERVIÇOS	182
11.22.5	TAXAS POR UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	182
12	MÓDULO V - TERAPIAS COMPLEMENTARES EM PACIENTE INTERNADO	186
12.1	1 FISIOTERAPIA NO PACIENTE INTERNADO	186
12.2	FONOAUDIOLOGIA NO PACIENTE INTERNADO	186
12.3	TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL	187
12.3.1	MATERIAIS ASSOCIADO À ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA ENTERAL OU PARENTERAL:.....	188
12.3.2	REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	189
12.3.3	REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL	191
12.3.4	PRODUTOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL	193
12.3.5	REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA TERAPIA NUTRICIONAL	193
12.4	CURATIVOS/COBERTURAS DE FERIDAS.....	193
12.4.1	TRATAMENTO DE FERIDAS.....	194
12.4.2	LESÕES ULCEROSAS MAIS COMUNS	194
12.4.3	REGRAS GERAIS PARA COBERTURA DE FERIDAS.....	195
12.4.4	PADRÃO DE CURATIVO SIMPLES:.....	196
12.4.5	PADRÃO DE CURATIVOS/COBERTURAS INDUSTRIALIZADOS (ESPECIAIS OU NÃO):	197
12.4.6	PRODUTOS PARA CURATIVOS/COBERTURA DE FERIDAS.....	197

12.4.7	CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS	217
13	MÓDULO VI – PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR MEIO DE PACOTES	219
13.1	REGRAS GERAIS RELACIONADAS	219
13.2	ALTERAÇÕES NO CONTEÚDO DOS PACOTES	222
13.3	PACOTES, REGRAS PARA O PAGAMENTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	222
13.4	REGRAS GERAIS PARA COBRANÇA DA PRODUÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	222
13.5	REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR.....	222
14	MÓDULO VII – TABELAS DE PROCEDIMENTOS COBERTOS	223
14.1	TABELA DE PROCEDIMENTOS PLANSAÚDE (TPPS).....	223
14.1.1	ESTRUTURAÇÃO DA TPPS.....	223
14.2	TABELA DE PROCEDIMENTOS EM DAY CLINIC	224
15	MÓDULO VIII – ANEXOS	238
15.1	ANEXO 1-GUIAS TISS UTILIZADAS PARA SOLICITAÇÃO E COBRANÇA DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS	238
15.2	ANEXO 2-ITENS DE SERVIÇOS HOSPITALARES ACORDADOS DIÁRIAS POR LOCAL DE ACOMODAÇÃO, TAXAS, GASES MEDICINAIS E PACOTES	239
15.2.1	CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA PAGAMENTO DE TAXAS E DIÁRIAS.....	239
15.2.2	CLASSIFICAÇÃO DOS PRONTO ATENDIMENTO (P.A.) E PRONTO SOCORRO (P.S.) PARA PAGAMENTO DE TAXAS E DIÁRIAS.....	240
15.2.3	TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS.....	242
16	MÓDULO IX – GLOSA E RECURSO DE GLOSA, APLICAÇÃO DE GLOSA.....	244
16.1	SÃO DE DOIS TIPOS:	246
16.2	RECURSO DE GLOSA - SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO	247

1 APRESENTAÇÃO

O Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos de Estado do Tocantins – PlanSaúde se constitui em um plano público de assistência à saúde voltado para o atendimento do servidor público, seus dependentes, e pensionistas, em conformidade com a legislação vigente, disponível no portal do PlanSaúde, que estabelecem direitos e regras de uso, benefícios e custeio, entre outras obrigatoriedades.

Cabe ressaltar que PlanSaúde é um sistema de autogestão regulado por Lei Estadual não estando subordinado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo fiscalizado pelo TCE/TO.

Este documento, denominado Manual do Credenciado é parte integrante do termo de credenciamento vigente, em complemento às cláusulas do termo de credenciamento firmado entre as partes, e tem por objetivo normatizar as relações entre o PlanSaúde e a sua rede credenciada

O Manual do Credenciado tem como finalidade estabelecer regras técnicas e operacionais das ações relacionadas à prestação da assistência de saúde, orientando o credenciado quanto aos procedimentos da regulação do acesso (autorização), da auditoria hospitalar e pré-pagamento, do atendimento e sistemática de adotada para a apresentação da produção e pagamento das despesas dela decorrente, bem como as formas de acesso para o relacionamento com a equipe gestora do Plano, não podendo, sob hipótese alguma, ser invocado para negativa de atendimento ambulatorial ou hospitalar.

Desta forma, o sistema de saúde - PlanSaúde reger-se-á pelas normas, rotinas, tabelas e ferramentas auxiliares constantes deste Manual e seus anexos, para a solicitação, autorização, execução, auditoria, entrega da produção e pagamento de serviços assistenciais de saúde prestados pelos serviços contratados, em nível ambulatorial e hospitalar, considerando-se como nula e sem efeito, qualquer tipo de prestação de assistência não coberta, não autorizada ou não prevista no presente Manual.

Toda e qualquer alteração no presente Manual, ensejará, a cada contratado, o direito de não a aceitar, tendo para tanto o prazo de trinta dias corridos, a partir da data de publicação, para manifestar-se. A não manifestação expressa e por escrito no prazo estabelecido, pressupõe a plena aceitação das alterações implantadas.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida presencialmente junto ao PlanSaúde, conforme Canais de Atendimentos disponíveis no item IV deste.

Contamos com a parceria e integração do credenciado para garantir o melhor desenvolvimento dos processos de regulação e auditoria, o que irá propiciar eficiência e satisfação das partes envolvidas na prestação dos serviços em saúde, e o atendimento de qualidade e efetividade aos beneficiários do Plano.

2 INTRODUÇÃO

O estabelecimento de novas diretrizes e estratégias consoantes aos objetivos e metas do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins – PlanSaúde, associados ao diagnóstico situacional do macroprocesso de controle inerente ao modelo assistencial definido pelo Plano, são fatos que evidenciam claramente a necessidade da evolução desses mecanismos.

Assim, é fundamental a integração de modelos que reorientam as estratégias e os processos assistenciais e de controle, para realinhar a execução de práticas novas aplicadas na regulação assistencial, atividade prevista na legislação aplicável quando da demanda para a utilização dos serviços assistenciais, na auditoria, consoante com o preceitos técnicos e legais, e na informação em saúde, conforme posto neste documento

Impõe-se, assim, iniciativas de trabalho transformadoras, advindas da necessidade de aprimoramento das atividades direta ou indiretamente relacionadas à prestação da assistência aos beneficiários do PlanSaúde, dentro dessa nova perspectiva.

Esta Instrução Normativa tem por finalidade estabelecer as condições para a prestação da assistência de saúde ambulatorial e hospitalar aos beneficiários do PlanSaúde, por meio de sua rede contratada, na integralidade daquilo que é oficialmente coberto, estabelecendo as regras de negócio que assegurem a transparência nas relações plano e prestador contratado e ao beneficiário o atendimento de suas reais necessidades dentro do que preconiza técnica e cientificamente como assistência de saúde e, ainda, sobre os processos de controle por meio da regulação do acesso, auditoria, informação em saúde e pagamento da produção.

As normas e rotinas aqui descritas foram estabelecidas tendo por base as estratégias norteadoras do reordenamento assistencial e do macroprocesso de controle, quais sejam:

Processos relacionados à produção das ações de atenção à saúde pelos prestadores de serviços integrantes da rede contratada.

Adequada prestação de serviços assistenciais de saúde aos beneficiários do Plano.

Regulação do acesso aos serviços assistenciais de saúde cobertos.

Autorização prévia de procedimentos classificados como eletivos ou de urgência/emergência, de natureza clínica ou cirúrgica e do tipo ambulatorial ou hospitalar.

Auditoria hospitalar em tempo real e pré-pagamento.

A informação em saúde, acompanhando em tempo real o comportamento da prestação de serviços pela rede contratada, tendo como referência os indicadores de avaliação de desempenho que são, na temporalidade requerida, analisados pela Diretoria Técnica do PlanSaúde, tendo como parâmetro o conjunto da rede credenciada.

Definição de responsabilidades do controle por níveis e setores.

Participação do prestador, em conformidade com a rede/serviços contratados.

3 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

A rede credenciada de saúde deverá solicitar a identificação do beneficiário de forma a verificar a sua elegibilidade para qualquer atendimento em saúde necessário, sendo obrigatória a apresentação, de documento de identidade ou documento com foto e o Cartão de Identificação do Beneficiário (CIB) ou seu número. Assim, o beneficiário somente poderá ser atendido depois de realizada, pelo credenciado, a verificação de sua regularidade cadastral.

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO (CIB)



A apuração da elegibilidade será disponibilizada também por meio da leitura digital (biometria), que substitui a apresentação do cartão, sendo obrigatória a apresentação de um documento com foto do beneficiário a ser atendido. Serão repassados orientações e treinamento dos prestadores, para utilização do novo processo.

Qualquer atendimento realizado sem a apuração, por parte do prestador, da elegibilidade do beneficiário (condição de vinculação vigente ao PlanSaúde), sofrerá glosa total, sem direito a recurso.

4 CANAIS DE ATENDIMENTO

Todos os canais de atendimento para os beneficiários e os prestadores estarão disponíveis no endereço www.plansaude.secad.to.gov.br, e será atualizado constantemente.

A partir da publicação deste documento os processos assistenciais, de regulação, de auditoria e de informação em saúde, passam a obedecer às regras neste Manual, dispostas.

O PlanSaúde dará ciência à rede credenciada quanto aos novos processos, orientações e rotinas adicionais/complementares cuja implementação seja necessária para qualificar a prestação de serviços assistenciais de saúde aos seus beneficiários.



5 CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÕES CADASTRAIS

A prestação de serviços é formalizada por meio de contrato, firmado entre o PLANSAÚDE e o prestadores de serviços assistenciais de saúde ambulatoriais e/ou hospitalares, considerando o dimensionamento da rede - parâmetros assistenciais de cobertura e produção para apurar a necessidade de serviços a serem contratados ou recontratualizados, baseados na estimativa das necessidades de assistência da clientela.

O profissional médico somente poderá atender dentro das especialidades previstas no contrato, sendo no máximo de 02 (duas), a quantidade que ele poderá se credenciar. Para outros profissionais de nível superior não médicos, para cujas categorias estão previstos atendimento, o contrato será somente dentro da referida categoria.

A contratação dos serviços de saúde ocorrerá por credenciamento dos interessados cuja documentação e informações e atualizações subsequentes estarão disponíveis para os prestadores através dos Canais de Atendimento, item IV, deste.

Qualquer alteração cadastral (razão social, endereço, telefone e corpo clínico) deverá ser imediatamente comunicada ao PlanSaúde para as devidas atualizações, sob pena de ter seu cadastro suspenso por inconsistências cadastrais.



6 COBERTURAS

6.1 PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Estão EXCLUÍDOS da cobertura assistencial do PlanSaúde, conforme regulamento próprio, os seguintes procedimentos/serviços:

1. Consulta, tratamento ou internação realizada antes da inscrição no PlanSaúde ou do cumprimento das carências ou ainda em desacordo com as regras desta Lei.
2. Tratamento ou cirurgia não reconhecida na ciência médica.
3. Tratamentos ilícitos ou aéticos.
4. Procedimentos não éticos, experimentais, não reconhecidos pela prática médica, ou que não sejam respaldados pelas sociedades médicas ou Medicina Baseada em Evidências ("MBE").
5. Procedimentos com finalidade estética, ou seja, que não visam restaurar função parcial ou total do órgão, ou parte lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita, excetuando-se as cirurgias plásticas para reparação de limitações funcionais.
6. Tratamento em clínicas de emagrecimento estético, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.
7. Fornecimento de medicamento ou material importado quando exista correspondente nacional ou nacionalizado.
8. Cirurgia para designação genital.
9. Investigação diagnóstica, cirurgia para reversão da esterilidade masculina e feminina, bem como as técnicas de fecundação e inseminação assistida.
10. Medicina molecular, mineralograma do cabelo e acupuntura.
11. Fornecimento de prótese, órtese e seus acessórios, quando não ligados ao ato cirúrgico.
12. Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras e outras perturbações da ordem pública, e ainda de envenenamento coletivo ou outra causa que atinja maciçamente a população, quando declarados por autoridade competente.
13. Enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar.
14. Transplantes, exceto para rim, córnea e autólogos de medula óssea.
15. Procedimento clínico, cirúrgico, órtese e prótese para fins estéticos.
16. Aluguel de equipamento hospitalar.
17. Check-up, internação para investigação diagnóstica eletiva, em regime de internação hospitalar.
18. Consulta ou atendimento domiciliar, mesmo em caráter de emergência.

19. Tratamento esclerosante/laser terapia de varizes.
20. Despesa não relacionada diretamente com o tratamento médico- hospitalar, inclusive a decorrente de acompanhante.
21. Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, na conformidade da legislação federal e estadual.
22. Exame médico para uso de piscina/academia e realização de ginástica.
23. Reversão de método contraceptivo cirúrgico (laqueadura, vasectomia etc.).
24. Inseminação artificial, e procedimentos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de apoio a esta técnica.
25. Atendimento em especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e quaisquer produtos e procedimentos em especialidades não reconhecidas pelo CFM, tais como: ortomolecular, modulação hormonal, fitoterapia, terapia floral, iridologia etc.
26. Tratamento de enfermidades ou acidentes decorrentes de perturbações da ordem pública, atentados, operações militares, convulsões sociais e catástrofes públicas, quando declarados por autoridade competente.
27. Procedimentos e tratamentos realizados no exterior.
28. Necropsia, preparação de corpo, taxa de morgue, velório e afins.

6.2 PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS COBERTOS

A cobertura permitida para a assistência à saúde do sistema PlanSaúde é a que está prevista em lei própria e pode ser consultada no site www.plansaude.secad.to.gov.br, englobando serviços médicos e clínicos, exames de apoio diagnóstico e terapêutico e serviços suplementares realizados por profissionais de nível superior não médicos, expressos em cada rol de procedimentos e, ou, serviços que compõem as coberturas do Plano, publicados, anexos deste, e disponíveis nos Canais de Atendimento, sito item IV deste.

1. Tabela de Procedimentos PlanSaúde (TPPS), codificada, inclusive com os códigos próprios para eventos não médicos.
2. Tabela de procedimentos fisioterápicos.

7 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DA PRODUÇÃO MENSAL

7.1 DO PRAZO PARA ENTREGA

A referência de produção do atendimento compreende todo o volume de faturas entregues entre o dia 01 do mês em curso até o último deste.

A produção gerada dos atendimentos realizados (confirmados), poderá ser entregue até 60 dias, a contar da data do atendimento, preferencialmente por meio eletrônico ou outro que o PlanSaúde venha a implantar.

A inobservância por parte do contratado do prazo disposto no item anterior, exonerará o PlanSaúde do recebimento da produção e, por consequência, do pagamento ao contratado pelo atendimento prestado, não cabendo reapresentação das guias.

Apenas consultas/atendimentos devidamente confirmados têm validade para fins de controle, processamento da produção e posterior pagamento.

7.2 DO LOCAL DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO FÍSICA

1. As guias físicas de atendimento devidamente assinadas deverão ser entregues ao PlanSaúde, conforme prazo estipulado no item 7.1, na sua sede, cujo endereço está publicado no site www.plansaude.secad.to.gov.br, aba prestador, em dia útil e no horário de funcionamento do serviço público do Estado do Tocantins.
2. Para que as guias deem entrada para cobrança, deverão estar organizadas, discriminadas na mesma sequência descrita na capa de lote (relatório listagem de guia por ordem alfabética e ordem numérica da listagem).
3. PlanSaúde fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário vigente em cada guia de consulta/procedimento/exame, conforme tabela própria do PlanSaúde, vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.
4. As guias recebidas serão submetidas ao controle pré-pagamento e processamento, cabendo-lhe a emissão de glosa parcial ou total, sob evidência objetiva de distorção/irregularidade.
5. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do beneficiário, terão que ser obrigatoriamente canceladas pelo prestador no sistema informatizado.
6. As faturas de atendimentos confirmados, apresentadas e rejeitadas por erro de preenchimento, rasuras, críticas do sistema operacional informatizado, serão devolvidas ao contratado durante o ato da entrega das mesmas na sede da Central de Autorização e Perícia, para as correções que se fizerem necessárias, podendo, nestes casos, serem reapresentadas em até 30 dias a partir da data da devolução, não cabendo recebimento após o encerramento deste prazo. Reapresentadas e aceitas, passarão também pelo controle e processamento devidos.

7. As guias confirmadas deverão estar disponíveis para análise por 05 (cinco) anos para efeito de auditoria do PLANSAÚDE.
8. Os honorários serão registrados e cobrados na Guia de Honorário Individual, disponível no sistema informatizado do PLANSAÚDE, no item IV deste, Canais de Atendimento.

7.3 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. Serão pagas exclusivamente as guias confirmadas e entregues dentro do prazo estabelecido pelo PlanSaúde item 7.1 deste, conforme consta cláusula contratual relativa ao item.
2. PlanSaúde fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor unitário em cada guia de consulta, conforme tabela própria do PlanSaúde, vigente, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.
3. O pagamento será efetuado através de crédito em conta bancária apresentada pelo prestador contratado, no ato da sua contratação, cabendo observar:
 - a) A vigência de pagamento da produção é de até 60 (sessenta) dias após a data de entrega das contas (mês de referência item 7.1).
 - b) valor a ser pago é aquele apurado após o processamento da produção apresentada (auditoria).
 - c) O valor será creditado na conta bancária do prestador.

Nota:

Em cumprimento à Lei 8.666/93 art. 27, se houver pendência fiscal, o prestador fica impossibilitado de receber o pagamento da produção, até a regularização de seu débito.

8 MÓDULO I – ATENDIMENTO AMBULATORIAL ELETIVO

8.1 CONSULTA MÉDICA ELETIVA

1. Trata-se do atendimento prestado pelo médico ao assistido do PlanSaúde em consultório, ambulatório de hospital ou de clínicas, com a realização da anamnese, do exame físico, emissão de parecer (diagnóstico/hipótese diagnóstica), instrução, opinião ou recomendação sobre a queixa, sintomas e sinais do paciente, prescrevendo, quando necessário, exames complementares de diagnóstico e, ou, tratamentos adequados.
2. A anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica, caracterizam, assim, um ato médico completo (concluído ou não num único período).
3. Nas especialidades praticadas e cobertas pelo PlanSaúde para consultas médicas eletivas existe o limite de até 03 (três) consultas ambulatoriais eletivas/beneficiário/mês, desde que para especialidades diferentes.
4. retorno da consulta médica é o ato médico decorrente da necessidade de reavaliação diagnóstica e, ou, terapêutica de um paciente. A consulta de retorno acontece em até 15 dias após a consulta inicial.
5. Não será considerado consulta, para fins de remuneração como tal, os atendimentos para a emissão de declarações e atestados.
6. Os procedimentos ambulatoriais cobertos pelo Plansaúde encontram-se identificados como tal na Tabela de Procedimentos Plansaúde (TPPS), disponível para download nos [Canais de Atendimento, deste, sito item 4](#) deste.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

8.2 CONSULTA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

1. Consulta médica ambulatorial em horário pré-estabelecido em um dos prestadores da rede credenciada, conforme regra de limite estabelecido pelo plano, ou seja 01 (uma) consulta/beneficiário/mês.
2. A consulta compreende o tratamento básico, aquele prestado por médico psiquiatra, cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamento e demais procedimentos ambulatoriais, desde que observados critérios médicos específicos.
3. São dois os tipos de atendimento ambulatorial em psiquiatria:
 - a) A consulta médica ambulatorial (consultório privado individual ou em clínicas de múltiplas especialidades): Em horário pré- estabelecido, realizada por profissionais integrantes da rede credenciada, conforme regra de limite estabelecido no item “a” supra, destinada aos beneficiários com patologias psiquiátricas que necessitem de atendimento especializado.
 - b) Atendimento às emergências - Assim consideradas as situações que impliquem risco de vida ou danos físicos para o próprio assistido ou para terceiros (incluídas as ameaças e tentativas de suicídio e autoagressão) e, ou, risco de danos morais e patrimoniais importantes.

8.3 CONSULTA MÉDICA EM OFTALMOLOGIA

1. No atendimento ambulatorial, a consulta oftalmológica padrão inclui: Anamnese, inspeção, refração, exame das pupilas, medida da acuidade visual, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular do senso cromático, não cabendo cobrança em separado.
2. A tonometria ocular, como exame complementar de diagnóstico, será individualmente remunerada somente nos casos em que comprovadamente houver a necessidade de medir e identificar as variações na pressão intraocular (forte suspeita de doenças como hipertensão ocular) ou nos casos suspeitos/diagnosticados de glaucoma, uveítes ou traumas contusos ou penetrantes.
3. Em relação à realização dos exames oftalmológicos, serão considerados para fins de pagamento somente aqueles constantes do protocolo de exames oftalmológicos e suas indicações, segundo preceitua a FECOOESO, SBO e a Resolução CFM nº 1.642/2002 e seu Art. 1º b: "admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos somente quando estes forem elaborados pelas Sociedades Brasileiras de Especialidades em conjunto com a Associação Médica Brasileira", como segue, nas Quadro 1 e 2, às págs. 22 às 26.
4. A reconsulta para acompanhamento do paciente diagnosticado com glaucoma, antes de 01 (um) ano, caso seja solicitada, deve ser acompanhada de relatório com justificativa técnica detalhada.
5. A solicitação de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos deve ser feita na Guia SP/SADT, encaminhada à Central de Regulação do Plansaúde e deve estar adequada aos procedimentos da especialidade cobertos, segundo consta da Tabela vigente do Plano, juntamente com os exames complementares de pré-operatório ou os que firmaram o diagnóstico previstos na Quadro 1 : Exames complementares em oftalmologia, por indicação e na Quadro 2: Exames pré-operatórios por cirurgia oftalmológica e a justificativa técnica para a solicitação do procedimento.
6. Para as solicitações de Droga Antiangiogênica em DMRI - Doença Macular Relacionada à Idade e da OVR - Oclusão Venosa da Retina deverão ser informados dados sobre a forma, presença de cicatriz, membrana neovascular, fluidos, acuidade visual pré-tratamento, resultado de exames já realizados e o plano de tratamento, sem o que a solicitação não será avaliada pela equipe de médicos reguladores do Plano, e será devolvida para a reposição das informações.
7. Para o Implante de Anel Intraestromal informar os dados clínicos relevantes - refração dinâmica subjetiva, fatores de risco/evolução do ceratocone, aspectos encontrados no exame oftalmológico, dados das topografias corneanas computadorizadas realizadas no último ano, sem o que a solicitação não será avaliada pela equipe de médicos reguladores do Plano, e será devolvida para a reposição das informações.
8. Nos casos de ptose palpebral, pterígio com autotransplante conjuntival e calázio, a autorização do procedimento está sujeita à realização de perícia presencial, devendo o médico solicitante encaminhar o paciente para a sede do PlanSaúde, para a realização de referida perícia, quando apontada.

9. Quando for realizada a infusão intravítrea de medicamento anti-inflamatório e for aplicado o tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, a paracentese da câmara anterior está inclusa, não cabendo cobrança em separado.
10. Referente ao procedimento pantofotocoagulação binocular, será coberto somente para a Retinopatia da Prematuridade, estágio III (diretrizes do Colégio Brasileiro de Oftalmologia – CBO).
11. Se um procedimento oftalmológico que é classificado como monocular for realizado bilateralmente, dentro do mesmo ato cirúrgico, será pago 100% do valor da tabela negociada vigente para um lado e 70% para o outro.
12. Cirurgia combinada (catarata e glaucoma) é uma associação pouco frequente. Quando fundamentada para realização conjunta, a cirurgia de eleição nessa situação é a trabeculectomia, e não se considera a simples iridectomia como tratamento fistulizantes.
13. Planaúde não cobre o implante de lentes fálicas para correção de altas ametropias e/ou para facectomias de caráter apenas refrativo. A extração do cristalino transparente com finalidade refrativa está entre os procedimentos considerados experimentais. Não há evidência consistente avaliando o uso de LIO fálica de câmara posterior em pacientes com erros refrativos.

Quadro 1: Exames complementares em oftalmologia, por indicação

ORD.	PROCEDIMENTO/EXAME	INDICAÇÕES ABSOLUTAS
1	ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA (ANGIOGRAFIA/RETINOGRRAFIA FLUORESCÉINICA) MONOCULAR – 4.13.01.01-3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças coriorretinianas com alteração vascular (retinopatia diabética, alterações na retina por hipertensão arterial, oclusão de veias ou artérias da retina, edema macular) ❖ Doenças do nervo óptico
2	ANGIOGRAFIA COM INDOCIANINA VERDE – MONOCULAR - 4.13.01.02-1(somente honorário)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças da retina: Degeneração macular em relação à idade Retinitis Pigmentosa (RP), Amaurosis congênita de Leber, Retinitis albipuntada progressiva e estacionária, Distrofia progressiva e estacionária de cones. ❖ Doenças da coroide – Distrofias da coroide (Corideremia e Atrofia Gyrate).
3	AVALIAÇÃO DE VIAS LACRIMAIS MONOCULAR - 4.13.01.17-0	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Distúrbios da produção / eliminação das lágrimas
4	AVALIAÇÃO ÓRBITO-PALPEBRAL, EXOFTALMOMETRIA – BINOCULAR -4.13.01.03-0	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exoftalmias ❖ Tumores de órbita
5	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA - 4.15.01.01-2 MONOCULAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pré-operatório de cirurgia da catarata (cálculo da lente intraocular (LIO)) ❖ Controle do glaucoma congênito (diagnóstico e acompanhamento) ❖ Anisometropias intensas

6	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA – MONOCULAR – 4.13.01.07-2	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Controle do glaucoma ❖ Doenças da mácula
7	CAMPIMETRIA MANUAL - MONOCULAR - 4.13.01.07-2	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Controle da evolução do glaucoma – indicação mais frequente, tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento da evolução ❖ Doenças retinianas (oclusões vasculares, degeneração macular senil e retinose pigmentar) ❖ Doenças neurológicas que envolvem as vias ópticas (neuropatias óticas) ❖ Solicitação Departamento de Trânsito
8	CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA/ TOPOGRAFIA DA CÓRNEA MONOCULAR - 4.13.01.08-0	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ceratocone ❖ Astigmatismos irregulares - análise qualitativa – regularidade e simetria do astigmatismo e quantitativa (curvatura) do astigmatismo corneano, porém somente se este for irregular e, mesmo assim, se não houve melhora da visão com o uso de lentes corretoras. ❖ Pré-operatório de cirurgia refrativa ❖ Adaptação de lentes de contato (cálculo da lente de contato e de lentes intraoculares) ❖ Controle de retiradas de pontos nos transplantes de córnea
9	CONSULTA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ É constituída de: Anamnese, inspeção, exame das pupilas, medida da acuidade visual, refração, retinoscopiae ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.
10	CURVA TENSIONAL DIÁRIA – BINOCULAR - 4.13.01.12-9	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Confirmação diagnóstica nos glaucomas borderline - suspeita diagnóstica de glaucoma (indivíduos com história familiar, PIO (pressão intraocular) elevada ou limítrofe, escavação do nervo óptico aumentada, alterações campimétricas sugestivas).
11	ELETRICULOGRAFIA - 4.01.03.24-2 -MONOCULAR ALTO CUSTO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças de retina (degeneração em estágio evolutivo inicial) Doenças vasculares retinianas – avaliação funcional
13	ESTÉREO-FOTO DE PAPILA - MONOCULAR (RETINOGRAFIA ESTEREOSCÓPICA DE PAPILA) - 4.13.01.15-3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estudo da papila (disco óptico) – para acompanhar a estabilização, repressão ou evolução das alterações do disco óptico, é a indicação mais absoluta.

14	ESTUDO DA PELÍCULA LACRIMAL	❖ Olho seco
15	EXAME DE MOTILIDADE OCULAR (TESTE ORTÓPTICO) BINOCULAR - 4.13.01.20-0	❖ Estrabismo (tropias) ❖ Forias (falta de alinhamento de um ou ambos os olhos, um ligeiro desvio nasal ou temporal de um ou ambos os olhos).
16	GONIOSCOPIA BINOCULAR - 4.13.01.24-2 -	❖ Classificação do glaucoma (basicamente para diferenciar casos de ângulo estreito de casos de ângulo aberto) ❖ Trauma
17	MAPEAMENTO DE RETINA (OFTALMOSCOPIA INDIRETA) MONOCULAR - 4.13.01.25-0 (se a transparência do cristalino permitir) -	❖ Descolamento de retina ❖ Antecedentes familiares ou pessoais de descolamento de retina ❖ Doenças da retina ❖ Miopias ❖ Entopsias ❖ Traumas ❖ Pré-operatório de cirurgia de catarata ❖ Pré-operatório de cirurgia refrativa
18	MICROSCOPIA ESPECULAR DA CÓRNEA - MONOCULAR - 4.13.01.26-9	❖ Doenças da córnea ❖ Edema corneano ❖ Pré-operatório de cirurgia de catarata ❖ Pré-operatório dos implantes secundários ❖ Pré-operatório e acompanhamento de LIO fálicas
19	OFTALMODINAMOMETRIA - MONOCULAR - 4.13.01.27-7	❖ Doenças vasculares retinianas
20	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA - MONOCULAR - 4.15.01.12-8	❖ Pré-operatório de cirurgia refrativa ❖ Doenças da córnea (ceratocone - diagnóstico, acompanhamento do tratamento e evolução)
21	POLARIMETRIA COM SCANNING LASER OPTHALMOSCOPE = POLARIMETRIA DE VARREDURA A LASER OU OPTHALMOSCOPIA DE VARREDURA À LASER (OVL)	❖ Doenças da retina: Degeneração macular em relação à idade Retinitis Pigmentosa (RP), Amaurosis congênita de Leber, Retinitis albipuntada progressiva e estacionária, Distrofia progressiva e estacionária de cones.

	ALTO CUSTO NÃO COBERTO	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças da coroide - Distrofias da coroide (Corideremia e Atrofia Gyrate).
22	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM) - MONOCULAR - 4.13.01.30-7	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pré-operatório da cirurgia de catarata, da capsulotomia e eventualmente cirurgia corneana (para indicar ou contraindicar a cirurgia). ❖ Opacidade dos meios que impeçam a adequada avaliação macular....
23	POTENCIAL EVOCADO VISUAL (PEV) BINOCULAR - 4.01.03.63-3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Acuidade visual em crianças ❖ Doenças da Retina ❖ Doenças do Nervo e Vias Ópticas
24	RETINOGRAFIA, RETINOGRAFIA DIGITAL MONOCULAR (RETINOGRAFIA SIMPLES) - 4.13.01.31-5	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças coriorretinianas ❖ Doenças do nervo óptico
25	TESTE DE SENSIBILIDADE DE CONTRASTE OU DE CORES MONOCULAR - 4.14.01.27-1	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pesquisa de discromatopsia ❖ Doenças da retina
26	TESTE DE SOBRECARGA HÍDRICA	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indicado especialmente para verificar se existe a possibilidade de a pressão intraocular estar elevada durante o dia, o que justificaria mudança na conduta terapêutica do paciente
27	TESTE PROVOCATIVO PARA GLAUCOMA BINOCULAR - 4.14.01.30-1	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Suspeita de glaucoma
28	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA DE PÁPILA/ ANÁLISE COMPUTADORIZADA DE PÁPILA OU DE FIBRAS NERVOSAS MONOCULAR - 4.15.01.14-4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Glaucoma
29	TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA MONOCULAR - 4.15.01.14-4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Doenças da retina e da coroide (degeneração de mácula, buraco de mácula, edema macular, membrana epirretiniana, retinopatia diabética, tração vítreo – retiniana, distrofias retinianas).
30	TONOMETRIA 4.13.01.32-3 – BINOCULAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pesquisa do glaucoma Controle do glaucoma UveítesTraumas.
31	ULTRASSONOGRAFIA BIOMICROSCÓPICA - MONOCULAR – 4.09.01.52-1	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patologias do segmento anterior e do corpo ciliar ❖ Avaliação do glaucoma de ângulo estreito

32	ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA MONOCULAR - CRISTALINO NÃO TRANSPARENTE (ULTRASSONOGRRAFIA DIAGNÓSTICA) MONOCULAR – 4.15.01.16-0	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Avaliação do olho indevassável ❖ Avaliação dos tumores intraoculares ❖ Estudo das patologias vítreas ❖ Doenças do nervo óptico e da órbita
33	VISÃO SUBNORMAL – MONOCULAR- 4.13.01.36-6	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Adaptação de recursos especiais



Quadro 2: Exames pré-operatórios por cirurgia oftalmológica

Procedimento:Pré- operatório por tipo de cirurgia	Exames pré-operatórios correspondentes
PTOSE PALPEBRAL	1) 4.01.03.13-7 Campimetria manual ou computadorizada - Monocular
CATARATA*	<p><u>Rotina</u></p> <p>4.13.01.25-0 Mapeamento de retina** (oftalmoscopia indireta), se a transparência do cristalino permitir – Monocular</p> <p>4.13.01.30-7 Potencial de acuidade visual/Acuidade visual a laser (PAM) - Monocular</p> <p>4.13.01.26-9 Microscopia especular da córnea – Monocular</p> <p>4.13.01.08-0 Ceratoscopia computadorizada – Monocular</p> <p>4.15.01.01-2 Biometria Óptica - Monocular*</p> <p>*Biometria ultrassônica /Ecografia B/Ecografia ocular/ Ecobiometria – Monocular (4.15.01.01-2), principalmente em algumas situações nas quais o mapeamento de retina é prejudicado por visibilidade ruim (devido a catarata, por exemplo), o exame ajuda no diagnóstico.</p>
REFRATIVA	<p>4.13.01.25-0 Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta), se a transparência do cristalino permitir – Monocular.</p> <p>4.15.01.12-8 Paquimetria ultrassônica – Monocular</p> <p>4.13.01.08-0 Ceratoscopia computadorizada (ceratoscopia computadorizada de córnea/topografia da córnea) – Monocular</p>
CAPSULOTOMIA (YAG LASER)	4.13.01.30-7 Potencial de acuidade visual (PAM) - Monocular
CORNEANA	4.13.01.30-7 Potencial de acuidade visual (PAM) - Monocular
GLAUCOMA	1) 4.01.03.13-7 Campimetria manual ou computadorizada (campo visual) - Monocular
PTERÍGIO	Rotina clínica
ESTRABISMO	4.13.01.20-0 Exame de motilidade ocular (teste ortóptico) - Binocular
DESCOLAMENTO DA RETINA	<p>1) 4.13.01.25-0 - Mapeamento de retina (oftalmoscopia indireta) – Monocular.</p> <p>2) 4.15.01.01-2 Biometria ultrassônica/ Ecobiometria / Ultrassonografia ocular /Ecografia B – Monocular, principalmente em algumas situações nas quais o mapeamento de retina é prejudicado por visibilidade ruim (devido a catarata, por exemplo), o exame ajuda no diagnóstico.</p>
VITRECTOMIA	4.15.01.01-2 Biometria ultrassônica/ Ecobiometria / Ultrassonografia ocular – Monocular

8.4 SERVIÇOS DE S.A.D.T ELETIVOS AMBULATORIAIS

8.4.1 SADT, REGRAS GERAIS

1. As solicitações de exames eletivos ambulatoriais realizadas pelos profissionais da Rede Credenciada do PlanSaúde exigem autorização prévia, com apresentação de justificativa técnica do médico assistente, e tem a validade pós- autorização de até 30 dias, para realização. Em não sendo realizado neste prazo a autorização será automaticamente cancelada.
2. Todos os exames devem ser solicitados pelo médico assistente, com indicações claras, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame, justificativa médica (clínica/técnica), assinatura legível com registro do CRM/carimbo do solicitante, local e data. O não cumprimento destes requisitos implica em devolução da solicitação para os ajustes necessários ou até em negativa da mesma.
3. É imperativo a correlação do exame solicitado no sentido de que esteja contemplado na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde, vigente.
4. Toda solicitação de exames ambulatoriais eletivos deverá ser preenchida de forma legível, no documento eletrônico, a Guia SP/SADT com todos os campos preenchidos e deverá estar relacionada à especialidade contratada. Solicitações com sintomas vagos ou diagnósticos inespecíficos não serão consideradas para fins de avaliação pré-autorização.
5. A solicitação será avaliada pela equipe médica da Central de Regulação do Plansaúde, para fins de autorização ou não. Autorizados, deverão ser realizados exclusivamente pela rede de laboratório de patologia clínica ou de exames de imagem/métodos gráficos, credenciada do PlanSaúde.
6. Todo atendimento confirmado, deverá ser entregue conforme especificado no item 07 deste.
7. Caso ocorra a perda do Plano pelo beneficiário, a solicitação e a autorização perderão, automaticamente, a validade.

8.4.2 REGRAS ESPECÍFICAS PARA EXAMES – ALGUNS DESTAQUES

1. Os exames de LDL-colesterol e VLDL-colesterol não são remunerados pelo Plansaúde, tendo em vista que o resultado não é fruto de uma técnica de determinação direta, mas sim produto de cálculo matemático, com resultado obtido pela utilização da fórmula de Friedewald, calculados como segue:
 - Para o LDL: $\text{LDL-colesterol} = \text{colesterol total} - \text{HDL} - (\text{triglicerídeos} \div 5)$
 - Para o VLDL-colesterol = $\text{triglicerídeos} \div 5$
2. Nos exames que necessitem da utilização de contraste, especificados no Quadro 3: Contrastes radiográficos por tipo e dose referência teórica/uso na prática), referidos a seguir, este será remunerado de acordo com a Tabela Plansaúde vigente, nos tipos e volumes cobertos.

3. rádio fármaco é essencial na realização de qualquer procedimento de Medicina Nuclear, é considerado um insumo e não um material ou medicamento. Deve ser cobrado em separado, como tal.
4. No caso dos exames radiológicos, o pagamento dos honorários médicos cabe somente ao profissional especializado, o radiologista.
5. Para realização de exames de Raios X, Ultrassonografia (US), Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM), não se paga taxa de sala.
6. A solicitação de TC de abdome total é incompatível com a solicitação de TC de abdome superior, de pelve ou bacia e de vias urinárias.
7. Para a solicitação de TC de vias urinárias deverá ser utilizado o código 4.10.01.36-2 - TC de vias urinárias (urotomografia). Poderá ser solicitada TC de abdomen total para investigação, desde que devidamente justificado pelo médico solicitante (com pertinência a indicação).
8. Quando solicitado Tomografia Computadorizada de mais de uma área (até três), no mesmo período, paga-se 100% do valor da primeira, para a segunda área 70% do seu valor e para a terceira 50% .
9. Quando solicitada Ressonância magnética de mais de um segmento (até dois), no mesmo período paga-se 100% do primeiro, para o segundo 70%.
10. US Obstétrica em Gestação Múltipla paga-se por cada feto, aplicando o redutor (100 e 70%).
11. Quando realizados exames de US, TC, RM em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o de maior valor em 100% do valor previsto, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados.
12. Cintilografia de Perfusão Miocárdica com Esforço e Repouso já inclui o ECG pré e pós-teste, já que este exame é parte integrante do teste ergométrico. Os procedimentos de alergologia necessitam de autorização prévia.
13. Provas imunoalérgicas não devem ser solicitadas em conjunto com os testes cutâneos e provas de provocação, e cabe relatório com justificativa do alergologista/imunologista. A re-execução deverá obedecer ao período mínimo de 01 ano.
14. pagamento da Prova de Provocação deverá ser feito por prova, e não por droga testada. Paga-se 01 prova, independentemente da quantidade de drogas testadas.
15. Para os Testes Cutâneos de Leitura Imediata, por Punctura, deve ser pago 01 código para cada grupo de 04 alérgenos, que devem estar especificados no pedido médico. Em caso de não especificação, o código procedimento será remunerado apenas uma vez.
16. Os Testes de Contato com Substâncias (Patch Teste 20 ou mais ou com Fotossensibilização 20 ou mais) devem ser realizados com até 30 substâncias, ser solicitados pelo alergologista e devem estar devidamente justificados.
17. Medida de Pico de Fluxo Espirométrico não deve ser solicitada em conjunto com a Espirometria.

18. Para a colposcopia e vulvoscopia por vídeo é obrigatório o registro da imagem no laudo nos casos em que o equipamento de vídeo for do médico.
19. Exame de imagem e laudo médico são imprescindíveis para a cobrança e o pagamento de fraturas e luxações, que estão condicionados à comprovação objetiva da ocorrência.
20. Se o procedimento endoscópico for dependente de Raios X, o valor da radiologia será pago à parte. Por outro lado, quando realizados por videoendoscopia o valor do procedimento não sofrerá acréscimo.
21. Os procedimentos endoscópicos urológicos ureteroscopia e cistoscopia (com ou sem biópsia), em geral solicitados para a investigação de doenças obstrutivas do trato urinário inferior, hematúria e infecção urinária de repetição, podem ser feitos sob anestesia tópica podendo, quando em homens e crianças, estiver indicada a realização de biópsia, ser autorizada a sedação ou analgesia profunda ((casos especiais), nos moldes preconizados neste documento.
22. **A solicitação de cistoscopia em conjunto com a biópsia endoscópica de bexiga é incompatível**, tendo em vista que a segundo procedimento (biópsia) já inclui a cistoscopia.
23. Para a ureteroscopia flexível ou rígida com ou sem biópsia, em geral solicitada nos casos suspeitos de lesões ureterais e pielocaliciais vegetantes ou obstrutivas e, considerando-se o manuseio ureteral, é passível a anestesia ou sedação profunda.
24. Os exames de genética cobertos (bioquímica, citogenética e genética molecular) para os quais existem diretrizes clínicas ou protocolos critérios para realização, somente serão autorizados segundo as indicações postadas nestes documentos.
25. Quando houver a necessidade do concurso do anestesiológista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a participação deste deverá ser solicitada no código 3.16.02.23-1 e estar justificada, correspondendo o valor dos honorários aos constantes da Tabela do Plansaúde, negociada. Em se tratando de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá também ao constante da TPPS, no código 3.16.02.24-0.
26. Os procedimentos de radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados, quando couber.
27. Por segmento em coluna vertebral entende-se uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas capsulo ligamentares e musculares. Assim, em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento. Nos casos de mal formação incluem-se no máximo 2 segmentos.
28. mapeamento cerebral é coberto somente para análise de frequências em certos casos com doença cerebrovascular e nos quadros demenciais e em encefalopatias, principalmente quando outros testes, como os exames de imagem e o EEG convencional, mostrarem-se inconclusivos (Diretrizes Clínicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica).

29. Na angiografia medular está previsto para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular toracolombar.
30. exame US próstata transretal com biópsia até 8 fragmentos (94.09.02.03-0) e US próstata transretal com biópsia mais de 8 fragmentos (4.09.02.04-8) já contemplam a US próstata transretal (4.09.01.33-5), não podendo ser cobrado em conjunto, o que configura cobrança em duplicidade.
31. A US de próstata transretal (não inclui abdome inferior masculino) e a US de abdome inferior masculino (bexiga, próstata e vesículas seminais), não são remuneradas concomitantemente. O mesmo se aplica para US transvaginal (inclui abdome inferior feminino) e US de abdome inferior feminino (bexiga, útero, ovário e anexo), ou seja, não cabe a solicitação/cobrança em conjunto.
32. A US de abdome total compreende o abdome superior e pélvico, não cabendo, portanto, pagamento em separado (total e pélvico), quando autorizado o abdome total. A US transvaginal já inclui abdome inferior.
33. O total de exames ecográficos recomendados na gravidez são de 01 ultrassonografia obstétrica para cada trimestre de gestação, podendo ser paga 01 US morfológica, no segundo trimestre.

US obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	01 exame na 1ª consulta
US obstétrica com translucência nugal	01 exame entre a 11ª e a 13ª semana
US morfológica	01 exame entre a 20 e 27ª semanas

34. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas com justificativa tecnicamente consubstanciada, dependendo da suspeita clínica. Para a US Obstétrica 1º trimestre (endovaginal) após a 30ª semana de gestação, revisão sistemática de MBE (Medicina Baseada em Evidências) sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). Se solicitada, deve estar tecnicamente consubstanciada.
35. US gestacional com Doppler após a 30ª semana de gestação: Não é rotina no protocolo vigente, estando indicada para avaliar as circulações sanguíneas no feto (entre o feto e a placenta e entre a mãe e a placenta), a anatomia, o crescimento, a posição e a apresentação fetal, a quantidade de líquido amniótico e as características da placenta. A US obstétrica com Doppler não tem como objetivo a pesquisa detalhada da anatomia fetal, com intuito de confirmar a normalidade e diagnosticar malformações. Os exames com esta finalidade são os morfológicos de primeiro e segundo trimestres, realizados em idades gestacionais que permitem as melhores condições para avaliação da anatomia do bebê. Se solicitada, deve estar tecnicamente consubstanciada.
36. Na gestação de médio e alto risco as solicitações devem ser acompanhadas de justificativa para a realização da US obstétrica com frequência maior que a estabelecida.
37. Recomendação para solicitação de US mamária para beneficiárias sem patologia específica:

- a) A primeira: Entre 35 e 40 anos;
- b) A segunda: Após os 40 anos, decorridos pelo menos 2 anos da primeira (se houve);
- c) Dos 40 a 50 anos de idade: 01 a cada 02 anos;
- d) Dos 50 a 70 anos: 01 a cada anos.

38. Exames ultrassonográficos com Doppler, destaques:

- a) Doppler de órgão ou estrutura isolada:

Utiliza-se o código 4.09.01.38-6 – Doppler colorido de órgão ou estrutura isolada (rins, massa, nódulo, ovário, etc.)

b) Doppler colorido de membros:

A solicitação do exame deve ser feita exclusivamente nos códigos a seguir, e não comporta desmembramento por vaso:

- 4.09.01.47-5 Doppler colorido arterial de membro inferior–unilateral
- 4.09.01.45-9 Doppler colorido arterial de membro superior–unilateral
- 4.09.01.48-3 Doppler colorido venoso de membro inferior–unilateral
- 4.09.01.46-7 Doppler colorido venoso de membro superior–unilateral

- c) **Doppler de outros vasos:** A região anatômica e a nomenclatura não são mais determinadas pela quantidade de vasos avaliada (mais de um). O exame compreende a descrição dos vasos da região examinada (pescoço lateral direito ou esquerdo, avalia tanto as vertebrais quanto as carótidas, no mesmo ato, p. ex.) e o laudo deverá conter o registro do que foi avaliado, que é a descrição da condição de cada vaso englobado na região examinada, vistos no mesmo ato. O PlanSaúde cobrirá na seguinte forma:

Quadro 3: Doppler de vasos por código e equivalência da quantidade de vasos

Código na TPPS	Exame	Equivalência
40901360	Doppler colorido de vasos cervicais arteriais bilateral (carótidas e vertebrais)	01 exame
40901394	Doppler colorido de aorta e artérias renais	01 exame
40901416	Doppler colorido de artérias viscerais (mesentéricas superior e inferior e tronco celíaco)	01 exame
40901424	Doppler colorido de hemangioma	01 exame
10901513	Doppler colorido de artérias penianas (sem fármaco indução)	01 exame

d) Dopplerfluxometria

Este exame corresponde ao código 40901246 Obstétrica com Doppler colorido (ultrassonografia obstétrica convencional com doppler colorido).

e) Doppler colorido de aorta e ilíacas

Este exame avalia todos os vasos ilíacos e a aorta distal, no mesmo ato. É cobrado somente 01 (uma) vez.

39. Recomendação para Mamografia, US e RM para rastreamento do câncer de mama (Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia).

Rastreamento das mulheres com risco populacional usual Mamografia:

- a) Mulheres entre 40 e 74 anos: Rastreamento anual, preferencialmente com técnica digital;
- b) 75 anos a mais: Rastreamento, preferencialmente digital, para as mulheres que tenham expectativa de vida maior que 7 anos, baseada nas comorbidades.

Mamografia + Ultrassonografia:

- a) Mulheres de risco populacional usual: Não existem dados que deem suporte para o rastreamento com ultrassonografia. A ultrassonografia deve ser considerada como adjunta à mamografia nas mulheres com mamas densas.

Ressonância magnética:

- a) Mulheres de risco populacional usual: Não existem dados que deem suporte para o rastreamento com RM.

Rastreamento das mulheres de alto risco para câncer de mama Mamografia:

- a) Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de 1º grau com mutação provada: Rastreamento anual com mamografia a partir dos 30 anos de idade;
- b) Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar: Rastreamento anual com mamografia iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 30 anos);
- c) Mulheres com história de terem sido submetidas a irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade: Realizar rastreamento anual com mamografia a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 30 anos);
- d) Mulheres com diagnóstico de síndromes genéticas que aumentam o risco de câncer de mama (como Li-Fraumeni, Cowden e outras) ou parentes de 1º grau acometidos: Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico (não antes dos 30 anos);
- e) Mulheres com história pessoal de hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal atípica, carcinoma ductal in situ e carcinoma invasor de mama: Rastreamento anual com mamografia a partir do diagnóstico.

Ressonância magnética

- a) Mulheres com mutação dos genes BRCA1 ou BRCA2, ou com parentes de 1º grau com mutação provada, devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética a partir dos 25 anos de idade;
- b) Mulheres com risco $\geq 20\%$ ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos baseados na história familiar, devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico do parente mais jovem (não antes dos 25 anos);
- c) Mulheres com história de irradiação no tórax entre os 10 e 30 anos de idade devem realizar rastreamento anual com ressonância magnética a partir do 8º ano após o tratamento radioterápico (não antes dos 25 anos);
- d) Mulheres com diagnóstico de síndromes genéticas que aumentam o risco de câncer de mama (como Li-Fraumeni, Cowden e outras) ou parentes de 1º grau acometidos: Rastreamento anual com ressonância magnética a partir do diagnóstico (não antes dos 25 anos) (categoria D);
- e) Mulheres com história pessoal de hiperplasia lobular atípica, carcinoma lobular in situ, hiperplasia ductal atípica, carcinoma ductal in situ e carcinoma invasor de mama: Rastreamento anual com ressonância magnética a partir do diagnóstico (categoria C).

Ultrassonografia

1. Deve ser utilizada como substituta da ressonância magnética para as mulheres que não puderem realizá-la por qualquer motivo (categoria B).
40. **US de mão e dedos é única**, não podendo ser desmembrada e cobrada para mão e/ou para dedos.
41. Não cabe a solicitação de US pélvica e abdominal, simultaneamente.

42 Densitometria

1. exame necessita de autorização prévia e a solicitação deve estar tecnicamente justificada.
2. Para o diagnóstico de osteoporose, a medida da densidade mineral óssea (DMO) está indicada por área (areal), devendo ser solicitada somente nos seguintes casos:
 - a. mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e homens com idade igual ou superior a 70 anos, independentemente da presença de fatores de risco;
 - b. mulheres na pós-menopausa e homens com idade entre 50 e 69 anos com fatores de risco para fratura;
 - c. mulheres na peri menopausa, se houver fatores de risco específicos associados a um risco aumentado de fratura, tais como baixo pesos corporais, fratura prévia por pequeno trauma ou uso de medicamento(s) de risco bem definido;
 - d. adultos que sofrerem fratura após os 50 anos;
 - e. indivíduos com anormalidades vertebrais radiológicas; e

- f. adultos com condições associadas a baixa massa óssea ou perda óssea, como artrite reumatoide ou uso de glicocorticoides na dose de 5 mg de prednisona/dia ou equivalente por período igual ou superior a 3 meses.
3. Exame de Raios X apontando osteopenia;
4. Avaliar o crescimento da criança e adolescente.

43. Medicina nuclear

1. Em relação aos os exames de PET dedicado oncológico e PET CT neurológico com FDG, quando associados à TC (PET-TC), será acrescido o procedimento de TC para PET dedicado oncológico (TC para PET), porém exclusivamente para os casos suspeitos de câncer, para a análise do estágio de um tumor, para avaliação de eficácia de tratamento, para planejamento de radioterapia, para verificar a saúde cardíaca dos pós infartados e para análise dos detalhes da função cerebral.

44. Medicina Nuclear “In Vivo”

1. A Determinação do fluxo plasmático renal por meio do Estudo Renal Dinâmico com Diurético e a *Determinação da filtração glomerular não poderão ser solicitados em conjunto.*
2. Na Cintilografia de Miocárdio Perusão - repouso e estresse, está incluso o Teste Ergométrico, que não deve ser remunerado.

45. Eletroneuromiografia (ENM) por segmento

1. exame objetiva avaliar a lesão de nervos (compressão, isquemia e neurite). Permite localizar a lesão no sistema nervoso periférico, fornece informações sobre a fisiopatologia das lesões e permitir avaliar o grau de comprometimento e o curso temporal da lesão.
2. Inclui a exame de agulha ou eletromiografia propriamente, velocidade/estudo da condução nervosa e teste de estímulos/testes de estimulação repetitiva.
3. A solicitação deve conter a história clínica sumarizada, dados do exame físico sistêmico/local e justificativa técnica para realização do exame, quanto à relevância/pertinência da indicação do mesmo frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada, bem como o registro da doença que está afetando o sistema nervoso periférico:
 - a. as células do corno anterior da medula;
 - b. as raízes motoras;
 - c. os plexos;
 - d. os nervos periféricos;
 - e. a junção neuromuscular;
 - f. os músculos.
46. **O teste ergométrico computadorizado já inclui o ECG basal convencional** e somente será autorizado para indivíduos que se enquadram nas indicações genéricas, pormenorizadas nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre teste ergométrico, vigentes:

- a. Diagnóstico da doença arterial coronária obstrutiva pelo Teste Ergométrico;
- b. Em indivíduos assintomáticos com história familiar de DAC (Doença Arterial Coronariana) precoce ou morte súbita, indivíduos classificados como de alto risco pelo escore de Framingham e avaliação de indivíduos com história familiar de DAC a serem submetidos a cirurgia não cardíaca com risco intermediário a alto;
- c. Hipertensão arterial sistêmica;
- d. Valvopatias;
- e. Insuficiência cardíaca e cardiomiopatias;
- f. Arritmias cardíacas.

47. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) será coberta

1. quando for preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:

- a. Suspeita de hipertensão do avental branco;
- b. Avaliação de normotensos no consultório com lesão de órgãos-alvo e suspeita de hipertensão mascarada;
- c. Avaliação da eficácia terapêutica anti-hipertensiva;
- d. Quando a pressão arterial permanecer elevada apesar da otimização do tratamento anti-hipertensivo;
- e. Quando a pressão arterial estiver controlada e houver indícios da persistência ou progressão de lesão de órgãos alvo.

48. Holter somente será autorizado para indivíduos que se enquadram nas indicações genéricas, pormenorizadas nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, vigentes

- a. Avaliação de sintomas possivelmente relacionados a arritmias;
- b. Detecção de arritmias para avaliar risco de eventos cardíacos futuros em pacientes sem sintomas causados por arritmias;
- c. Indicações para pesquisa de variabilidade de RR para avaliar risco de eventos cardíacos futuros em pacientes sem sintomas de arritmias;
- d. Indicação do Holter para avaliação da eficácia antiarrítmica;
- e. Indicações do Holter para avaliação da função de marcapasso e cardiodesfibrilador automático implantado (CDI).

49. A Cintilografia do miocárdio correspondendo aos seguintes procedimentos: Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Estresse Farmacológico; Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Estresse Físico; Cintilografia do Miocárdio Perfusão – Repouso. Somente será autorizado para indivíduos que se enquadram nas indicações genéricas, pormenorizadas na Diretriz de Utilização vigente.

Quadro 4: Indicações da cintilografia de miocárdio perfusão em repouso ou estresse

Exame	Indicações genéricas *
Cintilografia de perfusão miocárdica em repouso	<p>suspeita de Síndrome Coronariana Aguda quando ECG não diagnóstico (normal ou inconclusivo) e marcador de necrose miocárdica negativo, segundo critérios na Diretriz de Utilização;</p> <p>dor torácica aguda na suspeita de inflamação ou infiltração miocárdica.</p>
Cintilografia de perfusão miocárdica de repouso e de estresse	<p>a) avaliação e estratificação de risco de paciente com Síndrome Coronariana Aguda confirmada;</p> <p>b) identificação do vaso relacionado à isquemia;</p> <p>c) detecção de viabilidade miocárdica em pacientes com disfunção ventricular grave (fração de ejeção do ventrículo esquerdo < 40%) com DAC suspeita ou confirmada;</p> <p>d) estratificação de risco, quando há suspeita de DAC ou DAC confirmada;</p> <p>e) suspeita de DAC submetidos a exames prévios para avaliação de isquemia com resultados inconclusivos ou conflitantes;</p> <p>f) investigação de pacientes com revascularização miocárdica prévia (cirúrgica ou percutânea);</p> <p>g) na avaliação e estratificação de risco de paciente com DAC conhecida submetido à terapia medicamentosa após 6 meses de início e/ou alteração do tratamento.</p>

***A pormenorização de cada indicação genérica encontra-se na Diretriz Clínica do exame.**

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

50. A cintilografia do miocárdio com FDG-18 F em câmara híbrida será coberta somente para a pesquisa de viabilidade miocárdica, a partir de 12 horas do infarto até 72 horas, para avaliar o potencial de recuperação funcional em resposta a procedimentos de revascularização do miocárdio, por resultados mostrados para a perfusão e para a captação da FDG-18F.
51. Biópsia percutânea orientada por TC, US ou Raios X só deverá ser liberada para nódulos sólidos ou císticos. Não será paga para o Ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais com ou sem deslocamento do patologista.
52. A avaliação das cavidades nasossinusais e faringolaríngeas, basicamente é feita de quatro formas:
- Videoendoscopia nasossinusal com ótica rígida (4.02.01.22-8)
 - Videoendoscopia nasossinusal com ótica flexível (4.02.01.21-0)
 - Videofaringolaringoscopia com endoscópio rígido (4.02.01.26-0)
 - Videofaringolaringoscopia com endoscópio flexível (4.02.01.25-2)
53. A Hemoglobina glicada – (A1 total) – pesquisa e/ou dosagem (4.03.02.07-5) está inclusa no código 4.03.02.73-3 – Hemoglobina glicada (fração A1c) – pesquisa e/ou dosagem,

não podendo ser solicitada/cobrada em conjunto. Deve ter periodicidade mínima de 90 a 120 dias, nos casos de acompanhamento de paciente.

54. Em relação à participação do anestesista na realização de determinados exames, cabe:

1. participação do anesthesiologista está condicionada à solicitação do médico assistente, devidamente justificada. Autorizada a participação, o anestesista gera a guia de acompanhamento anestésico, que somente pode ser confirmada e cobrada pelo órgão que os representa;
2. São indicações de solicitação de suporte anestésico para exames de imagem realizados em atendimento ambulatorial:
 - a. menores de idade;
 - b. maiores de 60 anos;
 - c. pacientes com necessidades especiais;
 - d. pacientes com alergia a iodo, devidamente comprovados por teste alérgico, quando for utilizar contraste iodado. Não inclui o contraste paramagnético e o contraste não iodado;
 - e. pacientes com claustrofobia, devidamente comprovados por laudo psiquiátrico.
 - f. Nos exames de diagnóstico e terapia por imagem que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, a remuneração deste especialista se dará em conformidade com o referido no Quadro 3: Acompanhamento anestésico para procedimentos sem porte previsto, por equivalência de porte, nos valores equivalentes ao previsto na TPPS, de acordo com a parametrização, acordado com órgão que os representa, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro na ficha clínica.

Quadro 5: Acompanhamento anestésico para procedimentos sem porte previsto, por equivalência de porte

Porte	Procedimentos
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA 2	Raios X, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada, Endoscopia diagnóstica, Medicina nuclear
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA 3	Ressonância magnética, Endoscopia intervencionista, Angiorradiologia, Radioterapia externa

55. Uso de contrastes radiográficos

Os exames que mais requerem uso de contraste para melhor aquisição de imagem e diagnóstico são:

1. Tomografia Computadorizada;
2. Ressonância Nuclear Magnética;
3. Histerossalpingografia;
4. Seriografia/ Esofagograma;
5. Clister Opaco ou Enema Opaco;

6. Dacriocistografia;
7. Uretrocistografia Retrógrada Miccional;
8. Urografia Excretora;
9. Arteriografia;
10. Ductografia;
11. Flebografia;
12. PET/ CT;
13. Cintilografia.
14. Para tanto, e comprovadamente, é produzida uma ótima imagem contrastada o uso nas seguintes condições (tipo, dose e quantidade utilizada):



Quadro 6: Contrastes radiográficos por tipo e dose referência teórica/uso na prática

Exame	Tipo de contraste	Dose referência teórica	Contraste dose referência teórica	Quantidade referência utilizada na prática	Qtde. máx. de uso	observação
	Iodado/ Henetix		2ml/kg	Até 100ml	Até 150ml	
				Crânio: 40 a 50ml		
				Pescoço para tronco: 60 a 100ml		
				Angiotomografia (qualquer tipo): Dose de 60 a 100 ml. Criança 1 a 2 ml/kg		Há necessidade do uso de contraste de rotina. Necessidade de bomba de injetora. Uso de contraste para avaliação dos vasos é obrigatória.
				Hipófise:		Há necessidade do uso de contraste de rotina.



Tomografia Computadorizada.			Neurorradiologia	<p>A - Crânio: Geralmente exame é feito sem uso de contraste endovenoso, salvo em casos oncológicos, ou em casos que haja formação de alguma lesão nodular ou em conformação de massa, por exemplo, em diagnóstico diferencial de AVC e lesões neoplásicas.</p> <p>B - Pescoço: É mandatório o uso de contraste endovenoso para melhor diferenciar as estruturas desta topografia.</p> <p>C - Mastóide: Geralmente Sem contraste, salvo em casos de lesões tumorais ou processos inflamatórios, como abscesso.</p> <p>D - Seios da Face: Não há necessidade do uso de contraste endovenoso, salvo em casos oncológicos ou que se faça necessário diferenciação de formação de partes moles ou lesões tumorais ou inflamatórias, tais como abscessos.</p> <p>E - Órbita: Há necessidade do uso de contraste iodado endovenoso.</p> <p>F- Angiotomografia (qualquer tipo): Dose: 60 a 100 ml. Criança: 1 a 2 ml/ kg. Necessidade de bomba de injetora. Uso de contraste para avaliação dos vasos é obrigatória.</p> <p>G - Hipófise: Há necessidade do uso de contraste de rotina.</p>
-----------------------------	--	--	------------------	---

			Medicina Interna	<p>a) Abdome Total ou Abdome Superior: O uso de contraste endovenoso é para ser feito de rotina, salvo em casos de alergia ou não aceitação da administração do mesmo pelo paciente.</p> <p>B- Tórax: Na teoria o contraste está indicado como protocolo para toda TC de tórax, mas com o uso de tomógrafo multi-slice e emprego da técnica de Alta Resolução, muitas vezes o meio de contraste endovenoso se faz desnecessário no emprego de tomografias de tórax. É importante uso de contraste nos casos de acometimento pleural, tumores, em casos de protocolo para tromboembolismo pulmonar, massas mediastinais, fibrose cística. Ao contrário do que se pode pensar, é desnecessário uso de contraste endovenoso para enfisema pulmonar, pneumonia, nódulos calcificados residuais (granulomas) ou doenças ocupacionais, como silicose, asbestose, etc.</p> <p>C- Aparelho Urinário: De rotina é desnecessário uso de contraste endovenoso, porém em casos de hematúria, em investigação de cálculo ureteral, investigação de pielonefrite, nódulos renais (realizar diagnóstico diferencial entre cistos, angiomiolipomas, tumores renais), etc. Não há necessidade de uso de contraste em protocolos para litíase renal.</p> <p>D- Enterotomografia: Dose padrão + Manitol</p>
			Músculo Esquelético:	<p>A- Articulações: Só há necessidade de uso de contraste em casos oncológicos ou diagnóstico diferencial de lesões tumorais ou de partes moles.</p> <p>B- Coluna: Só há necessidade de uso de contraste em casos oncológicos ou diagnóstico diferencial de lesões tumorais ou de partes moles.</p>

Ressonância Magnética	Gadolínio de rotina. Omniscan ou Primovist * em casos especiais 0	0,15 a 0,2 ml/ kg,	10ml no máximo	40 ml.	*Para avaliação de lesão hepática, por vezes se faz necessário uso do Primovist ao invés de Gadolínio como meio de contraste—> adenoma hepático, hiperplasia nodular focal, carcinoma hepatocelular. Dose Primovist: 1 ampola com 15 ml
Ressonância Magnética			Neurorradiologia		<p>A - Crânio: Geralmente exame é feito sem uso de contraste endovenoso, salvo em casos oncológicos, ou em casos que haja formação de alguma lesão nodulares ou massas tumorais.</p> <p>B - Ossos Temporais (Mastoide ou Ouvido): Há necessidade do uso de contraste iodado endovenoso. C - Hipófise: Há necessidade do uso de contraste iodado endovenoso.</p> <p>D - Órbita: Há necessidade do uso de contraste iodado endovenoso.</p> <p>E - Angiorressonância de Crânio: Não há necessidade do uso de contraste para avaliação, pois existe uma sequência no tipo de aparelho da RM que faz aquisições que não requerem uso de contraste endovenoso.</p> <p>F - Angioressonância de Carótidas/ Tóraco abdominal e outros: Há necessidade do uso de contraste endovenoso.</p>
			Medicina Interna		<p>A- Abdome Superior:Há necessidade do uso de contraste.</p> <p>*Para avaliação de lesão hepática, por vezes se faz necessário uso do primovist ao invés de gadolínio como meio de contraste—> adenoma hepático, hiperplasia nodular focal, carcinoma hepatocelular.</p> <p>Dose Primovist: 1 ampola com 15 ml</p> <p>B- Pelve:Há necessidade do uso de contraste.</p>

			Músculo Esquelético	A- Articulações e Coluna: De rotina não há necessidade de contraste, salvo em casos de lesões osteomusculares ou de partes moles.
PET/CT	FDG (fluordesoxi glicose)			Dose: Peso (kg) x 0,142 (constante)= dose a ser administrada na unidade mCi 1 dose= 10 mCi. A dose é diluída em água destilada (1 ml).
OUTROS				Histerossalpingografia: Tipo de contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 15 ml (em geral 8mL, no máximo).
				Uretrocistografia Miccional Retrógrada: Tipo de contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 80mL (em geral 60mL, no máximo).
				Seriografia ou Esofagograma Baritado: Tipo de contraste: Sulfato de Bário; Dose: 80 ml (em geral 50 ml, no máximo).
				Dacriocistografia/Fistulografia/Sialografia: Tipo contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 10 ml (1 ampola de 10 ml).
				Ductografia: Tipo de contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 10 ml (1 ampola de 10 ml).
				Clister: Tipo de contraste: Sulfato de Bário; Dose: 100 ml (cerca de 2 copos de Sulfato de Bário, e deve ser diluído com pequena quantidade soro fisiológico)
				Arteriografia: Tipo de contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 100 a 150 ml
				Urografia Excretora: Tipo de contraste: Ioxol (Omnipaque); Dose: 20 ml.

DE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

9 MÓDULO II – ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA

9.1 REGRAS GERAIS

1. Conjunto de ações empregadas para recuperação de pacientes cujos agravos à saúde necessitam de intervenção imediata, desde que realizados dentro da unidade de Pronto Socorro ou Pronto Atendimento credenciada e devidamente caracterizada sua natureza, como tal.
2. A consulta de urgência/emergência não está sujeita à autorização prévia e deverá ser registrada no sistema eletrônico do PlanSaúde, já ficando validada.
3. Nas urgências e emergências o acesso é exclusivamente por demanda espontânea e, de regra geral, pode compreender:
 - a) a consulta;
 - b) a prescrição de terapia;
 - c) a realização de procedimento cirúrgico ambulatorial (pequenas cirurgias);
 - d) **A observação clínica**, contada a partir da primeira hora da admissão do paciente até o limite de 6 hs;
 - e) **Repouso**, de no mínimo 06 (seis) horas e máximo de 12 (doze) horas (repouso na urgência);
 - f) **Aplicação, para administração de medicação** até a primeira hora.
 - g) Não serão cobradas taxas concomitantes- (cobrança apenas de uma taxa).
 - h) e) a solicitação de exames compatíveis com este tipo de atendimento e com a condição de urgência/emergência do paciente;
 - i) f) o encaminhamento para domicílio, ambulatório eletivo, hospitalização no próprio hospital ou transferência para outro com suporte adequado às necessidades do quadro apresentado pelo paciente.
4. Se após o atendimento for identificada a necessidade da realização de um exame para o qual é exigida solicitação prévia, um procedimento ou internação, o prestador deverá solicitar autorização junto à Central de Regulação do Plansaúde funcionando 24/7 horas.
5. **A documentação de registro do atendimento ambulatorial de urgência** deve estar devidamente preenchida e conter dados sobre:
 - a. identificação do paciente;
 - b. assistência prestada (motivo da consulta, anamnese, exame físico e resultado de exames);
 - c. horário de atendimento (entrada e saída);
 - d. cuidados instituídos;

- e. nos casos de observação deve constar ainda:
- prescrição e administração de medicamentos;
 - prescrição e registro da administração de gás medicinal;
 - evolução;
 - resultado de exames complementares (laudos ou registro médico);
 - ficha/registro de anestesia (se houve);
 - registro dos cuidados de enfermagem (controles, sondagens, administração de medicação, curativos, uso de gás medicinal, entre outros) e,
 - início e término do atendimento (alta).

6. **A Taxa de Observação:** em Pronto Socorro compreende a utilização de curta permanência no serviço, podendo ser remunerada na quantidade 01 (uma taxa), a partir da primeira hora até a sexta hora (de 1 a seis horas):

- a. box;
- b. cama com rouparia;
- c. serviços de enfermagem tais como: administração de medicação oral ou injetável, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicemia, curativos, assepsia e higiene, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, entre outros;
- d. materiais/equipamentos permanentes (suporte para soro, escada, etc.);
- e. vigilância médica da urgência/emergência, com reavaliação em prontuário;
- f. EPI (Equipamento de Proteção Individual).

7. **A Taxa de Observação e Repouso:** em Pronto Socorro compreende a utilização de curta permanência no serviço, podendo ser remunerada na quantidade 01 (uma taxa), a partir da sétima hora até a décima segunda hora (de 6 a 12 horas):

- a) box;
- b) cama com rouparia;
- c) serviços de enfermagem tais como: administração de medicação oral ou injetável, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicemia, curativos, assepsia e higiene, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, entre outros;
- d) materiais/equipamentos permanentes (suporte para soro, escada, etc.);
- e) vigilância médica da urgência/emergência, com reavaliação em prontuário;
- f) EPI (Equipamento de Proteção Individual).

8. **A Taxa de Aplicação Medicamentos:** compreende taxa única, será paga na primeira hora, e não se aplica a atendimento do paciente/cliente internado e/ou aplicação para casos de medicações por via oral, limitada a uma cobrança por atendimento em PS/PA, independentemente do número de medicações, via de acesso (EV/ IM /SC) ou codificação utilizada na cobrança. Não podendo ser cobrado com qualquer outra taxa de sala. Inclui:
- a) box;
 - b) cama com roupar
 - c) serviços de enfermagem tais como: administração de medicação oral ou injetável, instalação de soro, controle de diurese, controle de glicemia, curativos, assepsia e higiene, sinais vitais, mudança de decúbito, sondagem nasogástrica, vesical e retal, entre outros;
 - d) materiais/equipamentos permanentes (suporte para soro, escada, etc.);
 - e) vigilância médica da urgência/emergência, com reavaliação em prontuário;
9. **Não se aplica a Taxa de Observação e Repouso** em Pronto Socorro quando ocorrer:
- a) internação hospitalar;
 - b) aplicação de medicamentos, espera de resultados de exames realizados na urgência.
10. Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão, em seus portes, acréscimo de 30%, nas seguintes eventualidades:
- a) no período compreendido entre 19:00 horas e 07:00 horas, de segunda a sexta-feira;
 - b) em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.
11. 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. Também não sofrerão acréscimo as consultas médicas, as visitas hospitalares, o honorário do plantonista de UTI, o tratamento conservador de fraturas, p. ex., e os honorários médicos de cirurgias eletivas realizadas no período retro citado.
12. A solicitação de exames na urgência/emergência deve ser feita baseada em história clínica que gerou a condição de urgência ou emergência, no resultado do exame físico, no diagnóstico/hipótese diagnóstica e medicação administrada, que justifiquem o exame solicitado.
13. Nas situações de urgência e emergência, havendo necessidade de realização de parecer de especialista, a solicitação deve ser do médico plantonista, registrada no prontuário clínico, com justificativa técnica pertinente. O parecer será remunerado no valor da tabela praticada pelo PlanSaúde.

9.2 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

1. Os exames complementares solicitados nos serviços de urgência/emergência necessitam de prévia autorização da Central de Regulação 24 horas, devendo ser solicitados por meio do sistema informatizado do PlanSaúde, aba atendimento de

urgência, pelo prestador que atendeu o beneficiário. A autorização também se dá por meio do sistema informatizado, sendo visualizada no próprio local do atendimento.

2. Os exames complementares solicitados no atendimento em pronto Socorro deverão ter relação com o quadro clínico de urgência/emergência real do beneficiário, de modo a permitir o diagnóstico correto e as intervenções requeridas (conduta terapêutica, realização de procedimento, observação, encaminhamentos, internação).
3. exame deve embasar uma decisão dentro do próprio atendimento – nas emergências, disponibilização no menor tempo possível, nas urgências disponibilização do resultado em até 12 horas após o atendimento pelo médico urgentista.
4. Não deverão ser solicitados exames que não se coadunem com a real condição que caracteriza uma situação de urgência ou emergência do paciente, exames de caráter ambulatorial eletivo, exames para realização de check up e exames cuja entrega do resultado ultrapasse o período que caracteriza urgência ou emergência. Estas situações são passíveis de auditoria in loco, não autorização pela equipe médica de regulação ou de glosa total, após avaliação técnica e científica da auditoria médica.
5. Devem ser emitidas solicitações legíveis, com a devida justificativa clínica, diagnóstico ou hipótese diagnóstica, para análise do médico regulador, evitando informações vagas e isoladas como: dor abdominal, dispneia, tosse, e semelhantes, que poderão ser impeditivas da autorização.
6. Os exames simples listados na Quadro 7: Relação dos exames simples no atendimento de urgência/emergência, a seguir, podem ser realizados no primeiro atendimento, **caso haja indicação**, com base nas seguintes regras:
 - a) O total de exames realizados durante o primeiro atendimento de urgência não deverá ultrapassar 05 (cinco) exames;
 - b) se o paciente retornou para o atendimento de urgência/emergência pela morbidade que gerou o primeiro atendimento ou outra, e ainda dentro das 12 horas consideradas como prazo para caracterizar uma urgência, o limite máximo de exames simples permanece o mesmo (05), considerando, inclusive, os dois atendimentos, caso tenha havido nos dois, solicitação de exames.
 - c) Vale referir que para o segundo atendimento, não cabe cobrança de nova consulta.
 - d) A partir do 6º (sexto) exame, e independentemente de seu tipo, somente poderão ser realizados após a autorização da Central de Regulação 24/horas.

Quadro 7: Relação dos exames simples no atendimento de urgência/emergência

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	GRP. PROCED.	ESPECIALID.
4.01.01.01-0	ECG convencional de até 12 derivações	Proced.Diag.	Cardiologia
4.03.01.40-0	Calcio	Exame	Med. Lab.
4.03.01.55-9	Cloro	Exame	Med. Lab.
4.03.01.63-0	Creatinina	Exame	Med. Lab.

4.03.01.66-4	Creatinoquinase – fração MB - CK-MB (creatina cinase do músculo cardíaco), quando há indicativos de lesão deste (infarto), em que a concentração se eleva rapidamente (de 3 a 8 horas após o processo lesivo).	Exame	Med. Lab.
4.03.02.57-1	Troponina T, troponina I (marcador definitivo do infarto). Nas anginas em geral será coberto somente quando houver história/suspeita de infarto prévio e entre as 3 e 7 horas de evolução do infarto, em atendimento.	Exame	Med. Lab.
4.03.07.64-6	Proteína C reativa (coberta para os casos de infecção aguda grave bem definida com indicação de internação)	Exame	Med. Lab.
4.03.02.04-0	Glicose, dosagem	Exame	Med. Lab.
4.03.02.31-8	Potássio	Exame	Med. Lab.
4.03.02.42-3	Sódio	Exame	Med. Lab.
4.03.02.58-0	Ureia	Exame	Med. Lab.
4.03.04.33-7	Hematócrito, determinação do	Exame	Med. Lab.
4.03.04.36-1	Hemograma com contagem de plaquetas	Exame	Med. Lab.
4.03.04.37-0	Hemossedimentação (VHS)	Exame	Med. Lab.
4.03.04.44-2	Plaquetas, contagem	Exame	Med. Lab.
4.03.04.53-1	Prova do laço	Exame	Med. Lab.
4.03.04.58-2	Tempo de coagulação	Exame	Med. Lab.
4.03.04.59-0	Tempo de protrombina	Exame	Med. Lab.
4.03.04.61-2	Tempo de sangramento IVY	Exame	Med. Lab.
4.03.09.03-7	Células, contagem total e específica	Exame	Med. Lab.
4.03.11.21-0	Rotina de urina (caracteres físicos, elementos anormais e sedimentoscopia) - sumário de urina/EAS	Exame	Med. Lab.
4.08.01.01-2	RX - Crânio - 2 incidências	Exame	Radiol. Geral
4.08.03.04-0	RX - CLAVICULA	Exame	Radiol. Geral
4.08.03.08-2	RX - Braço	Exame	Radiol. Geral
4.08.03.09-0	RX - Cotovelo	Exame	Radiol. Geral
4.08.03.12-0	RX - Mão ou quirodáctilo	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.03-8	RX - Articulação coxofemoral (quadril)	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.01-1	RX - Bacia	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.04-6	RX - Coxa	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.05-4	RX - Joelho	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.07-0	RX - Perna	Exame	Radiol. Geral
4.08.04.09-7	RX - Pé ou pododáctilo	Exame	Radiol. Geral

4.08.05.01-3	RX - Tórax - 1 incidência	Exame	Radiol. Geral
4.08.05.02-6	RX - Tórax - 2 incidências	Exame	Radiol. Geral
4.08.08.01-7	RX - Abdome simples	Exame	Radiol. Geral
4.08.08.02-5	RX - Abdome agudo	Exame	Radiol. Geral

7. Quanto ao protocolo operacional para a realização dos exames retro citados, realizados no serviço de urgência/emergência, deverão atender ao seguinte:

- a) Se realizados no próprio local de atendimento, deverão ser inseridos no sistema informatizado do Plansaúde.
- b) Quando realizados fora do serviço de urgência onde o paciente está sendo atendido (terceirizado do hospital/contratado do PlanSaúde), o serviço deverá solicitar o exame no sistema, com o registro da requisição médica do(s) mesmo(s) e com encaminhamento imediato do paciente para o serviço de SADT. A realização do exame será confirmada pelo serviço que realizou o SADT, por meio do sistema informatizado do Plansaúde.

8. PlanSaúde não cobre exames de caráter eletivo, para realização no atendimento de urgência/emergência, tais como os listados a seguir:

- a) Colesterol Total, HDL e LDL
- b) Triglicérides
- c) Lipidograma
- d) Dosagem de ácido úrico
- e) Sorologias, incluindo imunoglobulina para Dengue
- f) Parasitológico de Fezes
- g) Imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgE)
- h) Dosagem de hormônios, como por exemplo T3, T4, TSH e Beta HCG
- i) Urocultura
- j) Hemocultura
- k) Outros equivalentes, de caráter ambulatorial e aqueles cujo resultado ultrapasse as 12 horas do atendimento.

9. As autorizações poderão ser visualizadas diretamente no sistema informatizado do PlanSaúde e quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas junto à Central de Regulação do PlanSaúde, 24/7.

Observação:

As reiterações de solicitação de exames por parte do médico assistente devem ser dirigidas/discutidas com médico regulador, único profissional com competência para

liberar a autorização de exames considerados incompatíveis com o atendimento em regime de urgência (exames de caráter eletivo), já que as exceções podem acontecer.

9.3 PROCEDIMENTOS

1. Caso haja realização de procedimentos tais como pequenas cirurgias, suturas, colocação de aparelho gessado, drenagem de abscesso, e outros necessários, os mesmos terão que ser identificados e cobrados na guia de consulta/SP-SADT, com descrição sumarizada do procedimento realizado.
2. No caso de suturas é obrigatória a descrição da extensão da lesão, tamanho e localização anatômica. As suturas plásticas reparadoras devem vir acompanhadas da descrição cirúrgica e as tenorrafias e neurorrafias somente poderão ser realizadas em ambulatório por profissional devidamente qualificado.
3. A endoscopia somente poderá ser solicitada/realizada no atendimento de urgência para a retirada de corpo estranho ou nos casos de hemorragia digestiva ativa.
4. Em casos de hemorragia digestiva alta e no atendimento de urgência/emergência, para a realização da hemostasia o uso do hemoclip poderá ser coberto pelo Plansaúde, exclusivamente nas seguintes ocorrências:
5.
 - a) Sinais de sangramento ativo ou em babação ou com coto vascular visível ou coágulo recente (FORREST IA, IB, IIA, IIB) da úlcera gástrica ou duodenal;
 - b) Hemorragia gastrointestinal maciça e recorrente (Lesão de Dieulafoy).

9.4 HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Honorários do Plantonista Urgentista

1. Apenas consultas devidamente assinadas (eletronicamente ou não) têm validade para fins de apresentação, cobrança, controle e processamento da produção.
2. Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos ao prontuário/ficha clínica sem a devida identificação do profissional que prescreveu.
3. Quando no atendimento de urgência/emergência o beneficiário realizar consulta e procedimento ao mesmo tempo, caberá o pagamento da consulta em pronto socorro + o procedimento.
4. Qualquer procedimento realizado no atendimento do paciente (pequena cirurgia, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho, e assemelhados), terá o honorário profissional pago à parte, no valor da Tabela de Procedimentos vigente.

9.5 HONORÁRIOS DE ANESTESIA

1. Quando houver necessidade da participação de anestesista em procedimentos em que não há obrigatoriamente o concurso do anestesista/previsão na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde, esta deverá ser solicitada ao Plano, pelo médico assistente, devidamente justificada (autorização prévia), sem o que estará sujeita a glosa.
2. A cobrança dos honorários de acompanhamento anestésico de procedimentos que não possuem porte anestésico previsto na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde

deverá ocorrer exclusivamente na Guia de Honorário Individual, com os códigos abaixo relacionados, e não na guia do procedimento ambulatorial realizado.

3. pagamento dos honorários do anestesista corresponde aos valores Plansaúde negociados/vigentes, com o Órgão que representa a especialidade, conforme os critérios a seguir:

Quadro 8: Acompanhamento anestésico para procedimentos sem porte previsto, por equivalência de porte:

Porte	Procedimentos
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA1	Anestesia nos procedimentos clínicos ambulatoriais, exames específicos e testes para diagnóstico
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA2	Raios X, Ultrassonografia, Tomografia, computadorizada, Endoscopia diagnóstica, Medicina nuclear.
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA3	Ressonância magnética, Endoscopia, intervencionista, Angiorradiologia, radioterapia externa
Acompanhamento anestésico, equivalência PoA3	Procedimentos sem porte anestésico (não previsto) ou com porte 0 (zero), Procedimentos clínicos ambulatoriais.

4. Para testes diagnósticos, os atos médicos praticados pelo Anestesiologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente, autorizada pelo PlanSaúde e com registro no prontuário do ato anestésico.
5. Nos casos em que o procedimento possua porte anestésico, os honorários médicos serão cobrados na Guia de Honorário Individual, disponível no do sistema informatizado do PlanSaúde.
6. Cabe ao anestesista verificar, antes de realizar o procedimento para o qual não há previsão de participação dele, se o acompanhamento anestésico foi autorizado ou não.

9.6 MEDICAMENTOS

1. Medicamentos para aplicação no Pronto Socorro deverão ser prescritos pelo médico plantonista e com comprovação da aplicação, conforme legislação vigente.
2. Somente poderão ser objeto de cobrança os medicamentos relacionados aos atendimentos de urgência e compatíveis com a hipótese diagnóstica/diagnóstico, condição clínica do paciente e com uso habitual em Pronto Socorro.
3. Medicamentos prescritos eletivamente, para os quais o beneficiário busca aplicação no Pronto Socorro, somente poderão ser aplicados com a autorização previa do PlanSaúde. Nestes casos caberá a cobrança exclusiva do material utilizado para a referida aplicação.
4. Sobre o uso de antibióticos em pronto atendimento/pronto-socorro, cabe observar:

- a) a penicilina benzatina somente será remunerada para aplicação no atendimento de urgência quando corretamente indicada (compatibilidade com o diagnóstico).
- b) antibiótico parenteral ministrado no pronto socorro (no máximo duas doses, se a permanência do paciente foi de 12 horas) será coberto somente se o atendimento gerou internação ou em casos de infecção grave comprovada pelo hemograma.
- c) PlanSaúde não cobre medicamento de uso oral em Pronto Socorro (antitérmicos, antiespasmódicos, p. ex.) a não ser em situações absolutamente excepcionais, justificadas pelo médico urgentista (vasodilatador sublingual, anti-hipertensivo em crise moderada, antitérmico para crianças menores de 1 ano, p. ex.).
- d) também não há previsão de cobertura para uso de vitaminas aplicadas em conjunto com o soro venoso.

9.7 MATERIAIS

1. Os materiais descartáveis utilizados deverão ter seu registro na ficha clínica do paciente, com comprovação de sua utilização.
2. Caso haja indicação para utilização de material especial (dreno torácico, p. ex.), este deve ser solicitado junto à Central de Regulação 24 horas, com comprovação da sua efetiva necessidade e eficácia da sua utilização (avaliação da condição do paciente, imagem, selo, código de barras, o que couber).
3. A realização de procedimentos especiais em Pronto Socorro como o acesso vascular central por cateter de curta permanência será passível de cobrança somente quando houver compatibilidade entre o quadro/morbidade do paciente, que exige a realização de tal conduta, ou seja:
 - a) Paciente que se encontrem em condição de instabilidade hemodinâmica, para controle da taxa de infusão.
 - b) Infusão de drogas como noradrenalina e adrenalina quando administradas em infusão contínua. Uso intravenoso de dopamina e dobutamina são aceitáveis em acessos periféricos.
 - c) Necessidade de solução glicosada em concentração maior que 10,0% (por tempo prolongado); terapia com soluções hiperosmolares - ≥ 900 mOsm/l (fenitoína, amiodarona, claritromicina); soluções concentradas de cloreto de potássio; infusão de amins vasoativas; infusão de soluções irritantes/vesicantes - quando previsto mais de uma dose.
 - d) A incapacidade de aquisição de acesso venoso periférico, quando este for indispensável nos casos de extensas lesões sobre a superfície corpórea do paciente e ausência de veias puncionáveis por edema ou desidratação, intensos.

9.8 TAXAS COBERTAS NO ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO

1. São cobertas as taxas de serviços prestados e por uso de ambiente hospitalar. Assim, quaisquer outras taxas que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas ao PlanSaúde sem prévia negociação entre as partes.
2. O PlanSaúde cobre a Taxa de Observação e Repouso em Pronto Socorro, a Taxa de Colocação de Aparelho Gessado e a Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial/Urgência, sujeitas ao cumprimento das regras estabelecidas neste documento.
3. PlanSaúde não cobre taxas superpostas, seja pelo tipo do procedimento realizado seja por ambiente. A título de exemplo: Se no mesmo atendimento o paciente realizar uma sutura e uma sondagem vesical, será paga apenas uma taxa, desde que negociada.
4. A Taxa de Sala para Colocação de Aparelho Gessado inclui os equipamentos / instrumental para colocação do gesso e o serviço técnico profissional. Não poderá ser cobrada para a retirada de aparelho gessado.
5. Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial/Urgência é coberta pelo PlanSaúde somente quando houver ambiente específico para tal, e para a realização dos seguintes procedimentos:
 - a) Cirurgia ambulatorial de pequeno porte (sem porte, portes 0 (zero) ou 1 (um));
 - b) Suturas passíveis de realização em ambulatório;
 - c) Drenagem de abscesso;
 - d) Curativos ...
8. A taxa de uso do aparelho de endoscopia alta ou baixa, nas indicações para realização na urgência, está inclusa no valor do exame.
9. Não será permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados no mesmo ambiente do consultório.
10. Não se paga taxa de sala para exames de RX, US, TC, RM, realizados na urgência.
11. **Os itens inclusos na Taxa de sala de procedimento ambulatorial são:**
 - a) Equipamento e instrumentais;
 - b) Rouparias e EPI;
 - c) Serviços de enfermagem inerente ao procedimento realizado;
 - d) Preparo integral do paciente
 - e) Oxímetro;
 - f) Desfibrilador/Cardioversor;
 - g) Equipamentos/ instrumentais para ventilação manual;
 - h) Monitor cardíaco;
 - i) Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos permanentes ou descartáveis.

9.9 GÁS MEDICINAL

1. Os gases medicinais serão cobrados por minuto.
2. tempo de utilização de gás medicinal no Pronto Socorro deve estar registrado nas folhas de prescrição/ficha clínica, anotando o início e o término da administração do gás, a via e a vazão.
3. detalhamento das regras para a utilização de gás medicinal está no Módulo V - Atendimento Hospitalar em Regime de Internação, às págs. 157.

9.10 INTERNAÇÃO ORIUNDA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

1. Atendimento de urgência que gerar internação, esta deverá ser solicitada, de imediato, junto à Central de Regulação 24/7. Nos casos de emergência com risco mediato de vida a solicitação deverá ser realizada ou concomitantemente ao atendimento ou no máximo 2 horas após a finalização do atendimento no Pronto Socorro.

9.11 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

1. Todas as consultas eletivas, gerais ou especializadas deverão ser registradas no sistema eletrônico do PlanSaúde, sejam originárias da procura direta sejam originárias de encaminhamentos para outros especialistas, ocasião em que o sistema informatizado verifica se o beneficiário está apto ou não.
2. Para as consultas confirmadas no momento do atendimento pelo médico assistente, será realizado automaticamente o registro eletrônico do atendimento feito.
3. Toda produção mensal deverá ser entregue ao PLANSAÚDE, conforme regras descritas no item VII deste.
4. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do beneficiário, terão que ser obrigatoriamente canceladas pelo prestador no sistema informatizado.

9.12 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII deste.

10 MODULO III - PROCEDIMENTOS NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

10.1 CIRURGIA AMBULATORIAL /PEQUENAS CIRURGIAS

1. As pequenas cirurgias podem ter finalidade reparadora, terapêutica ou diagnóstica e abrangem diversos procedimentos cirúrgicos de menor complexidade
2. Em função do porte da operação e dos cuidados pós-operatórios, a cirurgia ambulatorial pode ser classificada como de pequeno ou de grande porte.
 - a) **cirurgia ambulatorial de pequeno porte:** em geral é realizada sob anestesia local com alta imediata do paciente e incluem as operações feitas no consultório ou ambulatório (retirada de lesões tumorais da pele e do subcutâneo, postectomia, vasectomia, hemorroidectomia, polipectomias endoscópicas em casos selecionados);
 - b) **cirurgia ambulatorial de grande porte:** realizada sob qualquer modalidade de anestesia, faz-se necessário um período de monitorização ou recuperação pós-operatória (herniorrafias inguinais, safenectomias, papilotomia endoscópica, colecistectomia e hernioplastias hiatais por videolaparoscopia).
3. Os critérios de seleção do paciente envolvem:
 - a) Pacientes hígidos ou com distúrbio sistêmico moderado decorrente de doenças crônicas;
 - b) Procedimentos cirúrgicos que não necessitam cuidados especiais no pós-operatório;
 - c) Garantia de acompanhante adulto, lúcido e previamente identificado.
4. São exemplos de pequenas cirurgias e cirurgias ambulatoriais:
 - a) Biópsias de gânglios, músculos, pele, tireoide, hepática, mama, colo de útero, vulva.
 - b) Excisões de cistos sebáceos, lipomas, granuloma de corpo estranho, pequenas lesões (nevus, verrugas...), pequenos tumores malignos de pele.
 - c) Pequenas lesões traumáticas, pequenas queimaduras, pequenas aberturas de pontos (deiscências) de cirurgias anteriores, exérese e drenagem de abscessos ou hematomas menores, exérese de segmentos mamários, retirada de corpo estranho subcutâneo.
 - d) Correção de pequenas cicatrizes tais como pequenas cicatrizes alargadas ou retraídas, queloides ou cicatrizes hipertróficas menores, cantoplastia, postectomia ou circuncisão.

10.2 REGRAS GERAIS

1. As pequenas cirurgias ou cirurgias ambulatoriais necessitam de autorização prévia para sua realização. O beneficiário deverá ser orientado a procurar a Central de Autorização e Perícia, com a solicitação, laudos, relatórios e resultados de exames complementares pertinentes, para realizar a perícia médica.

2. A cobrança deste tipo de evento exige o registro da descrição da cirurgia e da anestesia, se houver.
3. Os cuidados pré e pós-operatórios estão inclusos no valor do procedimento, não cabendo pagamento dos mesmos.
4. Não será devido o pagamento do ato anestésico, caso o mesmo profissional realize simultaneamente a cirurgia e a anestesia, conforme legislação.
5. As pequenas cirurgias ditas "plásticas reparadoras" somente serão autorizadas quando justificadas, e exige relatório circunstanciado da cirurgia. Estão sujeitas a perícia presencial.
6. Na solicitação para tratamento de lesão e ferimento cutâneo é obrigatória a descrição da extensão e localização dos mesmos, sobretudo quando forem múltiplos.
7. Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro (exérese com sutura), será remunerado apenas o ato principal (exérese) e não a somatória do conjunto (exérese + sutura).
8. Tenorrafias e neurorrafias, em nível ambulatorial, exigem autorização prévia, devendo ser realizadas, preferencialmente, por profissional habilitado. No caso de trauma, cabe ainda o encaminhamento de informações quanto à descrição da lesão, sua localização e descrição cirúrgica, quando da cobrança da conta.
9. Todo procedimento que gerar exame anatomopatológico deve ter documento comprobatório da realização do mesmo anexado ao prontuário (laudo).
10. A cauterização química é indicada para o tratamento de verrugas, ceratoses seborreicas, ceratoses actínicas e melanose solar (indicação estética), sendo liberada para até três grupos de 5 lesões, exceto para a cauterização de verruga em que a quantidade autorizada será de 01 (um) grupo, porque o código abrange até 05 lesões (a maioria dos casos exige no máximo 03 sessões).
11. A curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 5 lesões) em geral é indicada para o tratamento de molusco contagioso e ceratose. A eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões) é excludente para o tratamento das mesmas lesões.
12. A eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas – com ou sem curetagem (por grupo de até 5 lesões) poderá ser autorizado para tratamento de moluscos, ceratoses actínicas, ceratoses seborreicas e verrugas. Exclui a solicitação conjunta com a cauterização química e com a crioterapia.
13. A exérese de lesão/tumor de pele e mucosas somente será autorizado para as lesões ou tumores com dimensão acima de 1 cm, especialmente para o lipoma e o cisto sebáceo.
14. A fototerapia com fotossensibilização (por sessão) será autorizada exclusivamente para pacientes com vitiligo ou psoríase, no máximo de 50 (cinquenta) sessões anuais. Serão autorizadas 12 sessões/mês, para realização de 03 (três) sessões por semana.

10.3 TRATAMENTOS ESPECIAIS EM AMBULATÓRIO

10.3.1 TRATAMENTO DO CÂNCER

10.3.1.1 TRATAMENTO DO CÂNCER POR QUIMIOTERAPIA

1. As três formas de tratamento do câncer cobertas pelo PLANSÁUDE são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, utilizadas isoladamente ou em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.

Informações gerais

Tratamento sistêmico do câncer – Tipos de Tratamento:

1. **Quimioterapia:** Tratamento sistêmico do câncer por meio do uso de medicamentos denominados genericamente de “quimioterápicos”, seja os propriamente ditos ou os hormonioterápicos, os bioterápicos, os imunoterápicos ou os alvoterápicos, administrados continuamente ou a intervalos regulares, variando de acordo com os esquemas terapêuticos.
2. **Hormonioterapia:** Quimioterapia que consiste do uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para tratar as neoplasias que são dependentes destes, com administração diária ou cíclica, em geral de longa duração.
3. **Bioterapia:** Quimioterapia na qual se usam medicamentos que inicialmente foram identificados como substâncias naturais do próprio corpo humano.
4. **Alvoterapia:** Quimioterapia que consiste na utilização de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos.

Estadiamento

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

1. Forma resumida de descrever a doença, agrupando os casos com características semelhantes – em categorias, e com base na extensão da doença.
2. Na classificação de tumores (estadiamento) os elementos universais que devem ser considerados em qualquer sistema para classificação são:
 - a) Localização primária e tipo histológico do tumor;
 - b) Tamanho do tumor;
 - c) Invasão e extensão tumoral para tecidos regionais ou distantes;
 - d) Envolvimento para linfonodos regionais;
 - e) Metástases à distância;
 - f) Número de tumores primários (multiplicidade de tumores).

Por que classificar os tumores?

- a) Importante guia no auxílio para tomada de decisão sobre o tratamento a ser administrado ao paciente;
- b) Avaliação do prognóstico de um caso em comparação com outros casos similares;

- c) Mecanismo de comparação de resultados de diferentes procedimentos terapêuticos, em um mesmo hospital ou em estudos colaborativos entre hospitais.

10.3.1.2 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO EM ONCOLOGIA AMBULATORIAL

1. Na quimioterapia, o tratamento é feito de forma contínua ou por ciclos, e a tabela de procedimentos refere-se a um esquema terapêutico, no valor de um ciclo, com o total de ciclos informados quando da solicitação do primeiro ciclo e solicitação de cada ciclo subsequente.
2. Os procedimentos quimioterápicos raramente se repetem, havendo, em geral, mudança de esquema terapêutico, mudando a linha ou a finalidade, o que requer um novo planejamento terapêutico global.

Regulação:

- a) No processo regulatório das solicitações de tratamento quimioterápico três análises técnicas serão efetivadas pela equipe de médicos reguladores:

Análises Técnicas

1. Análise Científica	Medicina Baseada em Evidência Científica/ Protocolos Reconhecidos
2. Análise Contratual	Regras Contratuais
3. Análise Econômica	Farmacoeconomia/Economia da Saúde

Dados da solicitação

1. Impossibilitada de realização em regime ambulatorial, a internação poderá ser solicitada, com a justificativa técnica do médico assistente, seguindo as mesmas regras estabelecidas para os tratamentos em regime de internação hospitalar.
2. Toda solicitação de tratamento sistêmico do câncer com quimioterápicos deverá ser feita exclusivamente pelo oncologista, credenciado do Plansaúde, por meio do Formulário para solicitação de quimioterapia (conta aberta ou pacote), à disposição para download na página principal do PlanSaúde, nos endereços eletrônicos no item IV deste, [Canais de Atendimento](#), preenchido na sua totalidade, sem o que será objeto de devolução para o cumprimento das regras de solicitação.
3. As solicitações deverão ter a autorização prévia do médico regulador da Central de Regulação do PlanSaúde.
4. Os códigos cobertos pelo PLANSAÚDE, na sua totalidade, são:

Quadro 9: Procedimentos de quimioterapia cobertos

Código	Procedimento
20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento
20104308	Terapia oncológica - por dia subsequente de tratamento (até o início do próximo ciclo)

20104243	Terapia oncológica com altas doses - planejamento e 1º dia de tratamento
20104251	Terapia oncológica com altas doses - por dia subsequente de tratamento (até o início do próximo ciclo)
20104260	Terapia oncológica com aplicação de medicamentos por via intracavitária ou intratecal - por procedimento
20104278	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - planejamento e 1º dia de tratamento
20204086	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial de medicamentos, em regime de aplicação per-operatória, por meio de cronoinfusor ou perfusor extracorpórea

5. O PlanSaúde cobre as seguintes modalidades de tratamento quimioterápico:

6.

- a) Quimioterapia curativa - quando é usada com o objetivo de se conseguir o controle completo do tumor.
- b) Quimioterapia adjuvante - quando se segue à cirurgia curativa, com o objetivo de esterilizar células residuais locais ou circulantes, diminuindo a incidência de metástases à distância.
- c) Quimioterapia neoadjuvante ou prévia - quando indicada para se obter a redução parcial do tumor, visando a permitir uma complementação terapêutica com a cirurgia ou radioterapia.
- d) Quimioterapia paliativa – sem fins curativos, é usada para melhorar a qualidade da sobrevivida do paciente.

Quimioterapia para pacientes fora de qualquer possibilidade terapêutica: A cobertura pelo PLANSAÚDE se dará para as seguintes indicações:

- a) doentes com capacidade funcional suficiente (Zubrod: 0, 1 ou 2);
- b) doentes com expectativa de vida maior que 6 meses;
- c) doentes com neoplasias sensíveis à quimioterapia para o câncer;
- d) doentes com lesões tumorais não irradiadas (exceto metástases ósseas).

2.1.3 EXAMES NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. Indicação Criteriosa de Exames Complementares

A solicitação de exames complementares deverá estar voltada para avaliar:

- a) o tumor primário;
- b) as funções orgânicas;
- c) a ocorrência simultânea de outras doenças;

- d) a extensão da doença neoplásica (estadiamento);
 - e) a detecção de recidivas;
 - f) controle da terapêutica.
2. De modo geral os exames utilizados para diagnosticar e estadiar o câncer são, na maioria, os mesmos usados no diagnóstico de outras doenças. Dessa forma os exames laboratoriais, de registros gráficos, endoscópicos, de imagem e de medicina nuclear, são meios que podem ser utilizados para a avaliação anatômica e funcional do paciente, a avaliação do tumor primário e suas complicações loco-regionais e à distância.
3. Os SADT especiais solicitados para diagnóstico e tratamento do câncer serão objeto de avaliação criteriosa por parte da equipe de médicos reguladores (comportamento biológico do tumor, ou seja, o seu grau de invasão e os órgãos para os quais ele origina metástases, quando se procura avaliar a extensão da doença), tendo em vista que é frequente a solicitação excessiva de exames, com equívocos frequentemente cometidos com relação a exames complementares. A título de exemplo de solicitações equivocadas e não cobertas pelo PLANSAÚDE:
- a) Cintilografia hepatoesplênica para detecção de metástases hepáticas, quando este exame não tem valor diagnóstico para esta finalidade.
 - b) Seriografia esôfagogastroduodenal, em lugar de duodenopancreatografia, para avaliação de tumor de cabeça de pâncreas.
 - c) Ultrassonografia de abdômen que apresenta drenos, feridas abertas, suturas recentes e assemelhados, já que estas condições invalidam o exame.
 - d) Procedimento invasivo para avaliar a ressecabilidade de tumor, quando o caso não tem indicação de tratamento cirúrgico.
 - e) Ultrassonografia e tomografia simultâneas do abdômen para detectar metástases hepáticas, quando um só desses exames é suficiente para alcançar tal finalidade.
4. Alguns tumores se caracterizam pela produção de substâncias (marcadores tumorais), cuja dosagem é usada como meio diagnóstico, como parâmetro de estadiamento, como controle da terapêutica e como fator prognóstico. Os principais marcadores de valor clínico reconhecido e os tumores a que correspondem estão relacionados a seguir.
- a) Aplicação clínica dos marcadores tumorais
 - b) Diagnóstico diferencial em pacientes sintomáticos
 - c) Estadiamento clínico de câncer
 - d) Estimativa do volume tumoral
 - e) Avaliação do sucesso terapêutico
 - f) Detecção de recidiva tumoral
 - g) Indicador prognóstico

Quadro 10: Marcadores tumorais de valor clínico reconhecido e cobertos pelo PlanSaúde

Marcador	Problemas Específicos
Antígenocarcinoembrionário (CEA)	Tumores do trato gastrintestinal
Alfa-fetoproteína (A. FETO)	Tumor do fígado, tumores embrionários
Gonadotrofina coriônica	Tumores embrionários e placentários
Tirocalcitonina	Carcinoma medular de tireoide
Beta-2- Microglobulina (B2M)	Mieloma múltiplo e linfoma maligno
CA 125	Carcinoma de ovário
CA 15-3	Carcinoma de mama
CA 19-9	Carcinoma de pâncreas, vias biliares e tubo digestivo
CA 72-4	Carcinoma de estômago e adenocarcinoma mucinoso de ovário
HTG	Carcinoma de tireoide
PAP	Carcinoma prostático
PSA	Carcinoma prostático
SCC	Carcinoma epidermóide do colo uterino, cabeça e pescoço, esôfago e pulmão
TPA	Carcinoma de bexiga

PET CT oncológico: Coberturas pelo PlanSaúde

- Pacientes portadores de câncer pulmonar de células não pequenas, comprovado por biópsia, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - para caracterização das lesões;
 - no estadiamento do comprometimento mediastinal e à distância;
 - na detecção de recorrências.
- Pacientes portadores de linfoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - no estadiamento primário;
 - na avaliação da resposta terapêutica;
 - no monitoramento da recidiva da doença nos linfomas Hodgkin e não-Hodgkin
- Pacientes portadores de câncer colorretal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - câncer recidivado potencialmente ressecável;
 - CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
 - recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
- Avaliação de nódulo pulmonar solitário quando preenchido todos os seguintes critérios:

- a) ressonância magnética ou tomografia computadorizada inconclusivas;
 - b) nódulo maior que um centímetro;
 - c) não espiculados;
 - d) sem calcificações.
5. Diagnóstico do câncer de mama metastático somente quando os exames de imagem convencionais apresentarem achados equívocos.
6. Pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, quando pelo menos um dos critérios for preenchido:
- a) presença de imagem pulmonar ou hepática ou em outro órgão que seja suspeita de metástase quando outros exames de imagem não forem suficientemente esclarecedores quanto à natureza da lesão;
 - b) quando a biópsia por agulha de uma lesão ou linfonodo cervical apresentar como resultado "carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma ou carcinoma epitelial anaplásico" cujo tumor primário for desconhecido e se outro exame de imagem não for suficientemente esclarecedor.
7. Pacientes portadores de melanoma, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- a) no estadiamento do melanoma de alto risco (tumor $\geq 1,5$ mm de espessura, ou com linfonodo sentinela positivo, ou com linfonodo clinicamente positivo) sem evidência de metástases e quando os exames convencionais não forem suficientemente esclarecedores;
 - b) para avaliação de recidiva detectada por outro método diagnóstico em pacientes candidatos a metastectomia (exceto para lesões de SNC ou lesões muito pequenas < 3 mm de espessura).
8. Pacientes portadores de câncer de esôfago "localmente avançado" para a detecção de metástase à distância, quando outros exames de imagem não foram suficientemente esclarecedores (TC de tórax e USG ou TC de abdome).
9. PET-CT Oncológico com análogos de somatostatina para pacientes portadores de Tumores Neuroendócrinos que potencialmente expressem receptores de somatostatina quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
- a) localização do tumor primário
 - b) detecção de metástases
 - c) detecção de doença residual, recorrente ou progressiva
 - d) determinação da presença de receptores da somatostatina

10.3.1.3 PROCEDIMENTOS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. Para fins de cobrança e pagamento do tratamento quimioterápico, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário para solicitação de quimioterapia original, autorizada pelo médico regulador/auditor e a Ficha de Frequência.
2. Caberá cobrança e pagamento de honorários profissionais somente quando o paciente fizer uso de drogas que requeiram o monitoramento presencial do médico oncologista.
3. Não caberá pagamento de taxa de sala para medicamentos não considerados quimioterápicos (fator estimulante de colônias, p. ex.) e para quimioterápicos administrados por via intramuscular/subcutânea/oral, bem como a cobrança do código do procedimento específico para quimioterapia.
4. No caso de quimo embolização arterial deverá ser paga taxa de sala de hemodinâmica ou de radiologia intervencionista, conforme o caso, não devendo ser pagas em conjunto.

10.3.1.4 MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. O pagamento dos medicamentos para o tratamento do câncer está subordinado à pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento, quando se aplicar. Os medicamentos a serem utilizados deverão ser preferencialmente os genéricos, nacionalizados e reconhecidos pela ANVISA, conforme portaria do Ministério de Saúde.
2. Quando for imperiosa a utilização de medicamento de marca, e havendo do mesmo, o genérico, será pago o valor deste último. Na inexistência de genérico, será pago o de menor preço.
3. Quando não houver a descrição da marca do genérico em fatura, será paga a de menor valor constante no Brasíndice, pelo Preço de Fábrica, acrescidos de 18%.
4. guia de referência para pagamento, exclusivamente, de medicamentos oncológicos é a Revista Brasíndice (lista referencial), da competência do atendimento realizado, ou outro que o PlanSaúde venha adotar.
5. Para os medicamentos não classificados na forma do anterior (os classificados como quimioterápicos/antineoplásicos), o valor a ser pago corresponde ao constante da Tabela do PlanSaúde.
6. Para os medicamentos de uso restrito a hospitais e clínicas, assim identificados no guia Brasíndice como (restrito hospit.), in verbis, a título de cobertura das atividades da cadeia que vai da aquisição à dispensação, e considerando o porte do Contratado, serão acrescidos 18%, ao preço de fábrica.
7. Toda aplicação de quimioterapia deverá ser previamente solicitada no formulário próprio do PlanSaúde, avaliada pelo médico regulador/auditor da Central de Regulação do PlanSaúde, sede, para fins de autorização.
8. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura que lista a produção em cobrança, o formulário de solicitação original, autorizado pelo médico regulador/auditor, bem como o Formulário de Frequência assinado pelo paciente ou responsável.

9. Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura conforme descrito no Brasíndice (nome, concentração, apresentação, fabricante e quantidade cobrada, e outros dados inerentes ao produto).
10. Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária ou de forma fracionada, quando couber.
11. A autorização de fármacos adjuvantes ao tratamento do câncer deverá ser previamente solicitada formulário de solicitação, preenchido com os dados solicitados, para que possa ser avaliada pelo médico regulador/auditor da Central de Regulação do PlanSaúde, para fins de autorização.
12. Em relação aos antineoplásicos orais, integrantes do tratamento em curso e para uso em domicílio, o PlanSaúde cobre, exclusivamente, os listados a seguir, respeitadas as indicações, e necessitam de autorização prévia.

Quadro 11: Antineoplásicos orais com cobertura para uso domiciliar

ORD.	SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
1	Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
2	Afatinibe	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel
3	Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo
		Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo
		Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de Tamoxifeno
4	Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica
		Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
5	Bussulfano	LMC-Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
		Colorretal	Primeira Linha em câncer metastático

6	Capecitabina	Colorretal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário
		Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou Oxaliplatina
		Mama	Metastático, após falha de Antraciclina ou Taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações
7	Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
		Linfomas	Sem especificação de fase da doença
		Mama	Sem especificação de fase da doença
		Micose Fungóide	Estágios avançados
		Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
		Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação
		Ovário	Sem especificação de fase da doença
		Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença
7	Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença
8	Crizotinibe	Pulmão	Câncer de pulmão avançado
9	Dabrafenibe	Melanoma	Melanoma metastático ou irressecável
10	Dasatinibe	LLA -Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior
		Leucemia granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo Imatinibe
11	Dietilelbestrol	Mama	Casos paliativos
		Próstata	Casos paliativos
12	Enzalutamida	Próstata	Câncer de próstata metastático resistente

13	Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas- células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrissecável com mutação nos éxons19 ou 21
14	Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocítica
		Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
		Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
15	Everolimus	Neuroendócrinos	Tumores neuroendócrinos avançados
		Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com Exemestano
16	Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós- menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com Tamoxifeno
		Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno
		Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama.
17	Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
18	Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH ("luteinizizing hormone-releasing hormone"), no tratamento do câncer avançado em pacientes não-tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração

19	Gefitinibe	Pulmão não pequenas- células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrissecável com mutação nos éxons 19 ou 21
20	Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica
21	Ibrutinibe	Leucemia	Leucemia Linfocítica crônica com deleção 17p
22	Imatinibe	LLA -Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária
		LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica; crise blástica; fase acelerada; fase crônica após falha de interferon
		Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Irressecável ou metastático
		Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco
23	Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+, após falha de Trastuzumabe, em associação com Capecitabina ou Letrozol
24	Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo
25	Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
26	Melfalano	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
		Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
		Ovário	Câncer Avançado

27	Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
		LMA - Leucemia Mieloide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
		LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
28	Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença
		Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
		LLA Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
		Mama	Sem especificação de fase da doença
		Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
		Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
29	Mitotano	Córtex suprarrenal	Carcinoma inoperável
30	Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo Imatinibe
31	Pazopanibe	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
32	Ruxolitinibe	Mielofibrose	Mielofibrose de risco intermediário ou alto
33	Sorafenibe	Hepatocarcinoma	Em casos irressecáveis
34	Sunitinibe, Maleato de	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de Imatinibe ou intolerância ao Imatinibe
		Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha

35	Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
36	Tegafur - Uracil	Cólon-reto	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
		Estômago	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
37	Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada
		SNC - Sistema Nervoso Central	Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão
38	Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
		LMA - Leucemia Mieloide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
		LMC - Leucemia Mielocítica (mieloide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
39	Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha
40	Tramatinibe	Melanoma	Melanoma não ressecável ou metastático com mutação BRAF V600
41	Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
42	Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600E do gene BRAF, primeira linha
43	Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não de pequenas células

	Mama	Carcinoma de mama
--	------	-------------------

10.3.1.5 MATERIAIS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações, prescrição (adequação da quantidade), a real utilização, os benefícios, resultados e efetividade.
2. Para materiais especiais e de alto custo, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta, e é imprescindível a indicação correta, o benefício ao paciente e a efetividade.
3. reuso de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente.
4. Não poderá ser incluso novo material descartável/especial sem a negociação previa por ambas as partes, e anuência do PlanSaúde.
5. Os materiais descartáveis e especiais serão pagos de acordo com a Tabela Simpro do dia 14/04/2020, que será incluída na tabela própria que o PlanSaúde venha a adotar, vigentes, com o referencial do fabricante, especificação do produto, apresentação, quantidade e valor unitário e quantidade e valor total cobrado.
6. Todos os materiais que não estiverem contemplados na tabela de descartáveis própria, serão negociados. Em sendo aprovados serão pagos com base na tabela própria que o PlanSaúde venha adotar, onde serão incluídos.
7. Para materiais especiais considerado de alto custo (identificados na tabela própria) com valor unitário a partir de R\$200,00, é necessária solicitação e autorização prévia do médico regulador/auditor da Central de Regulação do PlanSaúde. Para fins de cobrança deve ser anexado ao portuário comprovante de uso e quantidade (selo, código de barras e afins), bem como anexar à cobrança da produção, o original da autorização.
8. Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, daí a necessidade de esta correlação estar adequada (droga x infusão controlada por meio de bomba).

10.3.1.6 TAXAS NO TRATAMENTO POR QUIMIOTERAPIA

1. O PlanSaúde cobre o pagamento das seguintes taxas de sala:
2. Taxa de sala de quimioterapia – APLICAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICO.
3. Taxa de sala – CAPELA – taxa para manipulação de quimioterápicos e ambiente estéril – para o pagamento deve ser comprovada a manipulação do quimioterápico vinculado ao paciente;
4. Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas ao PlanSaúde, sem prévia negociação entre as partes.

10.3.1.7 TRATAMENTO DO CÂNCER COM RADIOTERAPIA

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Entende-se por Tratamento Radioterápico aquele que utiliza as radiações ionizantes no tratamento local ou loco-regional do câncer, que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas.
2. O PlanSaúde cobre as seguintes modalidades de tratamento radioterápico:
 - a) Neoadjuvante: Aplicada para diminuir o volume do tumor, com o objetivo de facilitar a cirurgia, possibilitar a preservação de um membro, permitir uma cirurgia e menos mutiladora. Usada em tumores em reto baixo, sarcomas de partes moles e estômago.
 - b) Adjuvante: Quando associada à quimioterapia ou a cirurgia. Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, do colo e corpo uterino, pulmão, esôfago, sistema nervoso central (SNC), mama, linfomas etc.
 - c) Curativa: Quando é considerada a principal arma no combate ao câncer, podendo ser associada à quimioterapia ou utilizada em casos nos quais a cirurgia não é possível ou de alto risco para o paciente. Aplicada em regiões na cabeça e no pescoço, tumores localmente avançados do colo e corpo uterino, canal anal, pulmão, esôfago, sistema nervoso central (SNC), etc.
 - d) Paliativa: Tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico, (melhora da dor, redução de sangramento ou outros sintomas).
3. Os tipos de tratamento com radioterapia são:
 - a) Radioterapia Conformada ou Tridimensional (RT3D): modalidade em que o planejamento e tratamento são baseados em tomografia ou, em alguns casos, ressonância magnética e PET-CT, e que permite melhor definição do volume-alvo e proteção de estruturas normais, porque, em sendo visualizadas e delimitadas, acarretam menor efeito colateral durante o tratamento e risco menor de sequelas.

Indicações: Maioria dos tratamentos curativos em cabeça e pescoço, tórax (pulmão, esôfago e mediastino), abdômen (estômago, pâncreas, vias biliares e rim) e pelve (colo do útero, bexiga, testículo, próstata, reto e canal anal). Ainda em pacientes obesos ou com mama muito volumosa e com tumor de mama à esquerda, que tenham recebido quimioterapia com antracíclico (droga cardiotoxica). A técnica também é usada em alguns casos de metástases ósseas, viscerais ou de partes moles, com perspectiva de boa sobrevida.

- b) Radioterapia Convencional (RT2D): baseada em radiografias (planejamento bidimensional) e não em tomografia (planejamento tomográfico), o que limita a visualização da lesão e estruturas normais.

Indicações: Casos paliativos ou com prognóstico ruim, bem como em situações curativas em pacientes magras, lesões de pele (elétrons), superficiais, ou mulheres com diagnóstico de câncer de mama já operadas.

- c) Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT): Técnica baseada em tomografia e, às vezes, ressonância magnética e PET-CT.

Indicações: Quando da existência de estruturas nobres muito próximas ao tumor e com menor tolerância à radiação; necessidade de aplicar altas doses no tumor; e quando o

volume a ser irradiado é muito grande. É utilizada em casos de tumores de cabeça e pescoço, com o intuito de obter doses maiores e minimizar sequelas como xerostomia, tumores de base do crânio, tumores cerebrais próximos a estruturas importantes como tronco cerebral, quiasma óptico, nervo óptico, etc. Aplicada também para pacientes obesos e com tumores volumosos em que não se consegue um planejamento adequado com RT3D, como em casos de tumores de próstata volumosa, canal anal, tumores pélvicos, mama obesa ou que se tenha de irradiar a cadeia mamária interna, e todos os pacientes que necessitem de reirradiação.

- d) **Radioterapia Intraoperatória:** aplicada em apenas uma fração, de dose alta, com feixe de elétrons, no leito tumoral após a retirada por cirurgia total ou parcial do tumor. Indicada para tumores recidivados em abdômen e pelve, com contraindicação para radioterapia externa ou que já tenham sido irradiados. Também usada em alguns casos de tumor inicial de mama.
- e) **Radiocirurgia (RCir) ou Radioterapia Estereotáxica Fracionada (REF):** Uma extensão da radiocirurgia, liberada em fração única (RCIr) ou frações que podem variar de 2 a 30 (REF). Utiliza sistema de imobilização próprio, não rígido, propiciando, assim, a precisão da estereotaxia e permitindo às estruturas normais adjacentes repararem o dano subletal.

Indicações: Geralmente para lesões maiores de sistema nervoso central (SNC) e base do crânio. Tanto a radiocirurgia quanto a radioterapia estereotáxica fracionada utilizam sistemas de referência tridimensionais para localização e tratamento precisos. A escolha de uma ou outra depende da natureza, tamanho, número das lesões, proximidade com estruturas nobres e condição clínica do paciente.

- f) **Braquiterapia:** Técnica em que o material radioativo, na forma de sementes, fios ou placas, fica em contato direto com o tumor. Para realização de braquiterapia é necessária fazer simulação prévia, seja por meio de técnica convencional ou tridimensional. A escolha depende da avaliação individual do caso e do planejamento do tratamento.

Indicações: Tratamento de tumores de próstata, retinoblastoma, ginecológicos, cabeça e pescoço, sarcomas, melanoma de coróide e alguns outros tipos mais raros.

- g) **Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT):** Radioterapia guiada por imagem que, quando associada à IMRT, tem o potencial de irradiar as células doentes preservando ao máximo os tecidos saudáveis.

Indicações: Irradiação de células doentes em variados órgãos tais como próstata, cabeça e pescoço, abdômen, reto, entre outros.

10.3.1.8 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO EM RADIOTERAPIA

Dados da solicitação:

1. A solicitação eletiva para realização de radioterapia é exclusiva do médico oncologista/radioterapeuta credenciado do PlanSaúde para a realização pelo médico rádio oncologista, e deverá ser encaminhada para a Central de Autorização e Perícia, para fins de regulação/autorização.
2. Ao médico rádio oncologista cabe verificar a indicação da radioterapia, prescrever o tratamento radioterápico, planejar, direcionar o tratamento, decidir qual o tipo de feixe

de radiação, técnica de tratamento a ser utilizada e dose de radiação a ser administrada a cada paciente, o radioterapeuta, a quem cabe a solicitação do procedimento em questão, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em oncologia o PlanSaúde: Formulário para Solicitação de Radioterapia, à disposição para download na página principal do PlanSaúde, conforme item IV, [Canais de Atendimento](#), deste.

Procedimentos cobertos:

1. A Tabela utilizada para a remuneração é a TPPS, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.
2. Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado. A confirmação das guias no caso de radioterapia é obrigatória para a geração de pagamentos.
3. Toda solicitação de procedimento médico, deverá basear-se em dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que corroborem a solicitação. Após análise técnica do setor de regulação do PlanSaúde o procedimento poderá ser autorizado, neste caso uma guia do sistema informatizado será fornecida para a cobrança dos serviços.

Aplicação por sessão:

1. As sessões de radioterapia têm como finalidade o tratamento curativo ou paliativo de patologias oncológicas, que possuam na literatura especializada uma comprovada eficácia do tratamento, como terapia, fundamentada em medicina baseada em evidências.
2. A solicitação de sessões deverá ser feita no Formulário para Solicitação de Radioterapia próprio do PlanSaúde, com a indicação de radioterapia pelo oncologista assistente e do radioterapeuta responsável pela realização do procedimento, segundo plano de tratamento informado para avaliação da solicitação, para fins de autorização.
3. Toda solicitação deverá ser previamente autorizada pelo PlanSaúde, o profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, resultado de biópsia e exames complementares, para análise e autorização do médico regulador do PlanSaúde, responsável por esta atividade, na Central de Autorização e Perícia.
4. Tanto a validade da solicitação do oncologista assistente quanto a validade da solicitação do radioterapeuta (guia eletrônica de realização das sessões de radioterapia), é de 30 (trinta) dias, a contar da data da autorização.
5. Vale referir que na primeira guia autorizada a quantidade de megavoltagem refere-se à aplicação desta em um período de 30 dias. As sessões seguintes deverão ser solicitadas em novas guias para complementar o tratamento por novos períodos, sempre de 30 dias para aplicação, até o final do tratamento.

10.3.2 REGRAS PARA ENTREGA DO ATENDIMENTO DE QUIMIOTERAPIA E DE RADIOTERAPIA

1. Toda produção mensal deverá ser entregue ao PlanSaúde, conforme regras descritas no item VII deste.

2. O fechamento e a entrega das Guias e das Contas Físicas deverão ser feitos no sistema informatizado no caso de procedimentos com materiais e medicamentos, seguindo minuciosamente o fluxo eletrônico de fechamento, geração de lote e entrega de guias e faturas.

10.3.3 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO DE QUIMIOTERAPIA E DE RADIOTERAPIA

1. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII deste.

10.3.4 TRATAMENTO DIALÍTICO

INFORMAÇÕES GERAIS

1. A terapia dialítica normalmente é iniciada a partir da identificação das manifestações da síndrome urêmica, o que em geral ocorre em pacientes com $FG < 10\text{ml/min}$. As indicações estabelecidas e aceitas desde o advento da terapia dialítica como método de tratamento são:

- a) Pericardite
- b) Hipervolemia refratária a diuréticos
- c) Hipertensão arterial refratária às drogas hipotensoras
- d) Sinais e sintomas de encefalopatia
- e) Sangramentos atribuíveis à uremia
- f) Náuseas e vômitos persistentes
- g) Hiperpotassemia não controlada
- h) Acidose metabólica não controlada

2. A terapia de substituição renal pode ser dividida em dois grandes grupos:

Com circulação extracorpórea

- a) Método intermitente;
- b) Método contínuo;

Sem circulação extracorpórea

- a) Diálise peritoneal

Um marco para o início da terapia dialítica é quando a "clearance" fracional renal de ureia (K_{rt}/V) estiver abaixo de 2,0, o que corresponde a uma FG entre 9 e 14 ml/min e a uma FG, calculada pela média entre as depurações de ureia e creatinina, de aproximadamente 10,5 ml/min/1,73 m².

10.3.5 PROCEDIMENTOS COBERTOS

1. Os procedimentos dialíticos são realizados nas modalidades de atendimento ambulatorial e atenção hospitalar, tendo como instrumento de registro os seguintes guias:
 - a) PlanSaúde: Formulário para solicitação de hemodiálise para tratamento ambulatorial da doença renal crônica.
 - b) PlanSaúde: Documento para indicação/solicitação de medicamentos excepcionais de uso restrito para pacientes em tratamento ambulatorial dialítico para IRC (3 vias).
 - c) PlanSaúde: Controle documental/eletrônico de frequência individual de tratamento dialítico.
2. Os procedimentos cobertos pelo PlanSaúde são os listados a seguir, constantes da TPPS, disponibilizada na página principal do site do sistema informatizado.
3. Todos os procedimentos (principais e associados) a seguir podem ser contratados no formato de pacote.

Quadro 12: Procedimentos de terapia dialítica

Código	Procedimento, descrição
3.09.13.10-1	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração ou, quando comprovada a impossibilidade de utilização de outro tipo de acesso vascular (acesso para hemodiálise).
3.09.13.01-2	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas (cateter de curta permanência para hemodiálise).
3.09.13.12-8	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração.
3.09.13.14-4	Confecção de fístula AV para hemodiálise.
3.09.08.02-7	Fístula arteriovenosa – com enxerto.*
3.09.09.03-1	Hemodiálise crônica (por sessão, 03 três sessões semanais e até 15/mês).
3.09.09.14-7	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 12 horas.
3.09.09.13-9	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração.

*Para pacientes totalmente impossibilitados do acesso vascular convencional para hemodiálise, poderá ser solicitado ao PlanSaúde, desde que tecnicamente consubstanciado, o encaminhamento para serviço de hemodinâmica credenciado, para o implante do cateter de longa permanência ou da prótese (confecção de fístula arteriovenosa direta com enxerto tubular).

No caso da prótese (enxerto tubular) deverá ser comprovado/ informado:

- a) Histórico das fístulas já realizadas;
- b) Vaso selecionado para colocação do enxerto;
- c) Diâmetro do vaso;

- d) Resultado do Doppler, quando couber.
- 4. A solicitação do procedimento para colocação do cateter deve ser feita no seguinte código: 94000100 – Flebografia.
- 5. A prótese (enxerto) e o cateter (material especial) deverão ser solicitados pelo médico assistente, cabendo ao PlanSaúde a cotação.
- 6. Rotina para o acesso vascular para hemodiálise:
 - a) Implante de cateter duplo lúmen;
 - b) Confecção de fístula arteriovenosa direta;
 - c) Implante de cateter de longa permanência tipo permcath
 - d) Excepcionalidades de acesso, fístula arteriovenosa – com enxerto, cuja cobertura se dará segundo os critérios acima.
 - e) Implante de cateter de longa permanência por hemodinâmica.
- 7. O implante de cateter de longa permanência por hemodinâmica somente será coberto para pacientes que necessitam de hemodiálise por período mais prolongado quando, comprovadamente, não há mais condições de confecção de fístulas arteriovenosas - FAV distais (fístulas radiocefálicas, braquiocefálicas ou braquiobasílicas), seja pela ausência de conduto venoso ideal ou pela falha de FAV autólogas prévias ou quando elas maturam (processo de arterialização das veias). São inseridos cirurgicamente em ambiente controlado, como centro cirúrgico e sala de hemodinâmica.

10.3.6 MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, DIALISADORES E LINHAS ARTERIAIS E VENOSAS

- 1. A indicação para uso de medicamentos excepcionais pelos pacientes em tratamento dialítico e receptores de transplante renal deverá ser do médico responsável pelo paciente, que solicita o fornecimento pelo órgão estadual.
- 2. Para fins de controle do reuso e descarte, dialisadores e linhas arteriais e venosas devem ser tratados como um único conjunto, respeitando a quantidade de vezes permitida para o reuso. Entretanto, admite-se o descarte de linhas arteriais e venosas e a manutenção do reprocessamento dos dialisadores separadamente (março de 2017).
- 3. Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas, para o mesmo paciente, até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20 (vinte) vezes, quando utilizado reprocessamento automático em máquinas registradas na ANVISA, observando-se a medida mínima permitida do volume interno das fibras (somente podem ser reutilizados dialisadores que apresentem capilares construídos com membrana biocompatível).
- 4. O reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas não é permitido para os pacientes portadores de HIV.
- 5. O registro da utilização de um novo conjunto de dialisador e linha arterial e venosa deve ser assinado pelo paciente e arquivado.

10.3.7 HONORÁRIOS MÉDICOS

1. Nos tratamentos de hemodiálise em pacientes dialíticos agudos ou crônicos realizados ambulatorialmente, os honorários médicos já estão incluídos nas sessões de hemodiálise

10.3.8 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO DO ATENDIMENTO EM TERAPIA DIALÍTICA NA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

1. A Terapia Renal Substitutiva é realizada por meio de sessões de hemodiálise, com duração média de três a quatro horas, têm como finalidade filtrar os líquidos extra corporais do sangue, por meio do dialisador, substituto das funções renais.
2. A indicação e solicitação da Terapia Renal Substitutiva (TRS) é feita pelo nefrologista assistente do paciente, para a realização em serviço especializado, contratados do PlanSaúde, mediante o preenchimento completo do laudo específico para solicitação/autorização de procedimentos ambulatoriais em terapia dialítica, PlanSaúde: Formulário de Solicitação de Hemodiálise para Tratamento Ambulatorial da Doença Renal Crônica Hemodiálise, disponível no site constantes do item IV, [Canais de Atendimento, deste](#)
3. Todos os procedimentos de Terapia Renal exigem autorização prévia.
4. A solicitação para a realização do tratamento dialítico através de sessões semanais deverá ser encaminhada para o PlanSaúde, para análise técnica do médico regulador responsável por esta atividade, na Central de Autorização e Perícia.
5. As quantidades de sessões autorizadas, por procedimento, são:
 - a) Diálise Peritoneal - DP (Por Sessão) – 02 sessões por semana.
 - b) Hemodiálise - HD (Por Sessão) – até 03 sessões por semana e no máximo 15 autorizadas por mês. Para os casos comprovadamente justificados que exigirem mais de 03 (três) sessões por semana, as sessões extras necessitam de prévia autorização, em código próprio, e serão no máximo 04/mês, distribuídas ao longo do mês.
 - c) Hemoperfusão (Por Sessão) – até 05 sessões por semana e no máximo 15 autorizadas por mês.
 - d) Hemofiltração (Por Sessão Paciente Internado) por Dia - até 05 sessões por semana e no máximo 15 autorizadas por mês.
 - e) Plasmaférese (Por Sessão)/Hemaférese Terapêutica – 01 sessão por semana.
6. As sessões seguintes de hemodiálise crônica (por sessão) deverão ser solicitadas em novas guias para continuidade do tratamento por novos períodos, sempre no total máximo de 15, para aplicação em três sessões semanais.
7. A validade da solicitação (guia eletrônica de realização das sessões de hemodiálise), é de 30 (trinta) dias, a contar da data da autorização. Após este prazo, não havendo confirmação do atendimento, é automaticamente cancelada.
8. Avaliada a solicitação e autorizada pelo PlanSaúde, a guia de autorização será fornecida, validando a realização e cobrança dos serviços.
9. A confirmação do atendimento deverá ser realizada através da assinatura documental/eletrônica do paciente ou responsável que deverá ser encaminhada em conjunto com a cobrança da produção.

10. O prestador credenciado deve manter arquivados a documentação, eletrônica ou não, de solicitação do tratamento dialítico, de medicamentos excepcionais e de controle de frequência individual.
11. Na internação de paciente com insuficiência renal crônica, com intercorrências clínicas ou cirúrgicas, na cobrança da hemodiálise ou da DPI serão considerados os dados sobre o diagnóstico, clínica e procedimento solicitado, registrados no prontuário do paciente.

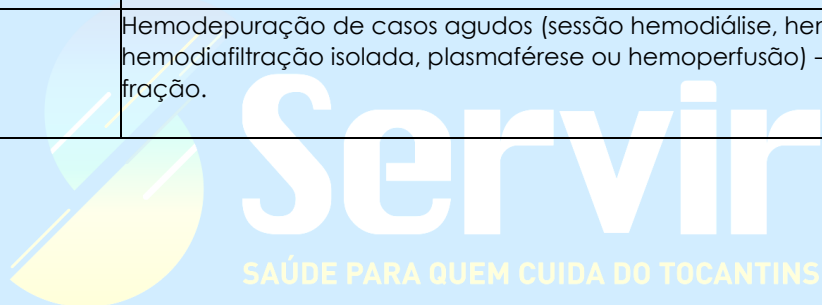


10.3.9 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA: ATENDIMENTO NO FORMATO DE PACOTE

1. Em relação ao atendimento do paciente para realização de hemodiálise por meio de pacote cabe observar os seguintes procedimentos:

Quadro 13: Procedimentos de hemodiálise realizados por meio de pacotes

Código	Procedimento, descrição
30913101	Implante cirúrgico de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração ou, quando comprovada a impossibilidade de utilização de outro tipo de acesso vascular (acesso para hemodiálise).
30913012	Implante de cateter venoso central por punção, para NPP, QT, Hemodepuração ou para infusão de soros/drogas (cateter de curta permanência para hemodiálise).
30913128	Retirada cirúrgica de cateter de longa permanência para NPP, QT ou para Hemodepuração.
30913144	Confecção de fístula AV para hemodiálise.
30908027	Fístula arteriovenosa – com enxerto.*
30909031	Hemodiálise crônica (por sessão, 03 três sessões semanais e até 15/mês).
30909147	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 12 horas .
30909139	Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmáfereze ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração.



Quadro 14: Pacotes de hemodiálise, inclusão e exclusão

Código	Descrição do pacote	Inclui	Exclui
30909139	<p>Hemodepuração de casos agudos (sessão hemodiálise, hemofiltração, hemodiafiltração isolada, plasmaférese ou hemoperfusão) – até 4 horas ou fração.</p>	<p>Honorários médico, serviços de enfermagem e administrativos;</p> <p>Todos os equipamentos (taxa de utilização e aparelhagem, manutenção, esterilização, montagem e calibragem no local do procedimento, incluindo máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil), locomoção dos equipamentos, material e equipe para a realização de procedimentos em hospitais.</p> <p>Os materiais específicos para o procedimento que inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> capilar – 1 unid.; linha arterial - 1 unid.; linha venosa - 1 unid.; <input type="checkbox"/> isolador de pressão - 1 unid.; <input type="checkbox"/> solução de bicarbonato (fração ácida - 1 unid. E fração básica - 1 unid.) <input type="checkbox"/> anticoagulação (heparina ou clexane); <input type="checkbox"/> manitol - 20%; <input type="checkbox"/> luvas estéreis e de procedimento; <input type="checkbox"/> gaze; seringas com agulha e máscara. <p>d) Todos os Materiais descartáveis reutilizáveis e não reutilizáveis necessários para a realização do procedimento.</p>	

30909031	Hemodiálise crônica (por sessão, 03 três sessões semanais e até 15/mês)	<p>Honorários médico, serviços de enfermagem e administrativos;</p> <p>Todos os equipamentos (taxa de utilização e aparelhagem, manutenção, esterilização, montagem e calibragem no local do procedimento, incluindo máquina de proporção e sistema de tratamento de água portátil, máquina dialisadora de proporção, osmose reversa;</p> <p>Inclui ainda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> capilar ; linha arterial e venosa; isolador; <input type="checkbox"/> solução de bicarbonato (fração básica e fração ácida), anticoagulação (heparina); solução fisiológica a 0,9; manitol a 20% ; hipotensores; luvas estéril e de procedimento; gaze; seringas c/agulhas; máscara e todo o material necessários ao procedimento e intercorrências. <input type="checkbox"/> Todos os Materiais descartáveis reutilizáveis e não reutilizáveis necessários para a realização do procedimento. <input type="checkbox"/> Todos os Medicamentos especiais inerentes e relativos ao procedimento. <input type="checkbox"/> Reprocessamento do capilar. <p>Inclui também medicações especiais, tipo Noripurum, fornecidos pelo órgão estadual competente.</p>	<p>Nova redação</p> <p>Acesso vascular para confecção da fístula artério venosa;</p> <p>Instalação de cateter de longa permanência ou curta;</p> <p>Medicamentos especiais</p>
30913012	Implante de catete de curta	<p>Cateter Duplo lúmen e honorários médicos.</p> <p>É realizado na unidade fixa e inclui também</p>	

	permanência para hemodiálise (CDL)	todos os materiais descartáveis, medicamentos, equipamentos e insumos.	
30913101	Implante de cateter de longa permanência para hemodiálise.	Inclui honorários e serviços de enfermagem, <i>day clinic</i> , equipamento e materiais, inclusive os descartáveis, medicamentos e equipamentos e insumos. (Código do procedimento: Flebografia)	O cateter
30913144	Confecção de fistula AV para hemodiálise.	Honorários Médicos, Materiais, Medicamentos e taxa hospitalar	
30908027	Confecção de fistula arteriovenosa - com enxerto -	Inclui <i>day clinic</i> , honorário médicos e serviços de enfermagem, serviços, matérias e medicamentos e insumos	Prótese (enxerto)
30913128	Retirada de cateter de longa permanência para hemodiálise	Honorários Médicos, Materiais, Medicamentos e taxa hospitalar	

10.3.10 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. Para a remuneração dos procedimentos de hemodiálise deverá ser gerada a guia específica e o controle das datas de sessões com assinatura, no sistema informatizado. A confirmação das guias é obrigatória para a geração de pagamentos.
2. As guias autorizadas têm o prazo de até 30 dias para serem abertas no sistema informatizado do PlanSaúde e 30 (sessenta) dias a partir da abertura para serem fechadas, loteada e entregue juntamente com a fatura física no PlanSaúde.
3. Toda produção mensal deverá ser entregue ao PLANSAÚDE, conforme regras descritas no item VII deste

10.3.11 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII deste.

10.4 LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

1. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO) integra o grupo das cirurgias minimamente invasivas utilizadas no tratamento dos cálculos do trato urinário, bem como a nefrolitotripsia percutânea (PCN), a ureterolitotripsia transureteroscópica (UL) e a ureterolitotomia laparoscópica (ULL). As cirurgias convencionais (CC) ainda têm lugar no tratamento dos cálculos urinários, entretanto em um pequeno número de pacientes.
2. O tratamento dos cálculos do trato urinário pode ser determinado pelos sintomas, grau de obstrução, tamanho, localização e associação com infecção, considerando-se também a segurança do procedimento, conforto do paciente, tempo de recuperação e os custos, destacando que os cálculos do trato urinário menores de até 04 mm (quatro milímetros) no maior diâmetro têm grande probabilidade de serem eliminados

espontaneamente e podem na maioria dos casos, aguardar que isso ocorra naturalmente.

3. Em relação à localização v.s. possibilidades de tratamento pela LECO vale destacar:
 - a. A LECO será autorizada para cálculos renais iguais ou maiores que 05mm (cinco) e menores que 20mm (vinte) no maior diâmetro.
 - b. Cálculos renais maiores de 20 milímetros de diâmetro, casos de falha da LECO, contra-indicação da LECO, esta não será autorizada como tratamento nestas circunstâncias, tendo em vista que o tratamento indicado é por meio de cirurgia convencional (CC), ureterolitotripsia flexível (UL) ou preferencialmente por meio nefrolitotripsia percutânea (NP).

CÁLCULOS URETERAIS

- a. Localização no segmento superior ou lombar (ureter acima da borda superior do sacro): A LECO será autorizada como tratamento preferencial.
- b. Localização média ou sacral (sobreposto ao sacro): A LECO será autorizada como tratamento preferencial.
- c. Localização inferior ou pélvico (ureter abaixo do sacro): A LECO será autorizada como tratamento preferencial, estando indicada também a ureterolitotripsia transureteroscópica (UL). Cirurgia convencional (CC) está reservada para os casos de cálculos volumosos ou nas falhas das alternativas anteriores.

CÁLCULOS DE BEXIGA

- a. A LECO está entre as alternativas de tratamento de cálculos localizados na bexiga, bem como a cistolitotripsia transuretral ou percutânea ou cirurgia convencional (CC). A solicitação da LECO, em detrimento das outras opções de tratamento indica) adas, deverá ser tecnicamente justificada.

CÁLCULOS DE URETRA

As duas opções de solicitação de tratamento são:

- a. Mobilização do cálculo para a bexiga e tratados neste local;
- b. Situações particulares, tecnicamente justificadas, cabe solicitação /autorização para abordagem e remoção por meio de cirurgia convencional e endoscópica na uretra.

1.1.10 CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

1. A LECO será passível de autorização quando o quadro clínico apresentar uma ou mais das seguintes características:
 - a) Evidências radiológicas ao RX simples, urografia excretora (cálculos opacos) ultrassonografia (cálculos transparentes);
 - b) Cálculos menores de 400 mm² ou 2,5 cm em seu maior diâmetro, exceto quando houver contra-indicação para outro tratamento. (ex.: rim único; contra-indicação

médica para procedimento cirúrgico anestésico de maior complexidade). A dimensão dos cálculos acima citada refere-se ao limite superior, acrescenta-se o limite inferior para 0,5cm.

- c) Variação de 0,5 a 2,5 cm em seu maior diâmetro;
- d) Existência de via excretora viável para eliminação dos fragmentos;
- e) Cálculos ureterais com no máximo 1,0 cm de diâmetro;
- f) Tratamento de “rua de cálculos” causada por sessão prévia de LECO, não resolvida espontaneamente;
- g) Cálculos coraliformes em adultos após realização de nefrolitotripsia percutânea;
- h) Cálculos coraliformes em crianças;
- i) Segunda aplicação para mesmo cálculo apenas quando houver fragmentação e eliminação de pelo menos 40% do volume cálculo do inicial.

10.4.1 CRITÉRIOS DE CONTRA-INDICAÇÕES

- 1. Gravidez;
- 2. Indivíduos com infecção do trato urinário sintomática e sepse;
- 3. Obstrução de via excretora distal ao cálculo que venha impedir a eliminação de fragmentos;
- 4. Cálculos em divertículos calicinais;
- 5. Cálculos coraliformes
- 6. Cálculos no grupo calicial inferior, quando o ângulo do infundíbulo pélvico for $<90^\circ$;
- 7. Marcapasso;
- 8. HAS descompensada;
- 9. Portadores de coagulopatias intratáveis.

10.4.2 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

CRITÉRIOS DE SOLICITAÇÃO

- 1. Exige autorização prévia, quer para paciente ambulatorial ou internado.
- 2. A solicitação para realização do procedimento deverá ser feita com todos os dados considerados essenciais para a avaliação do médico regulador do Plano, assinado e carimbado por médico urologista, portador de título de especialista, outorgado pela Sociedade Brasileira de Urologia / Associação Médica Brasileira.

10.4.3 TRATAMENTO SUBSEQUENTE (2º TRATAMENTO)

- 1. Nova Guia de Solicitação de Tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea, devidamente preenchida;

2. Laudos de exames de imagem pré e pós litotripsias previamente realizadas (anexar laudos);
3. Dados sobre o tratamento de "rua de cálculos" causada por sessão prévia de LECO, não resolvida espontaneamente;
4. Cálculos coraliformes em adultos após realização de nefrolitotripsia percutânea;
5. Segunda aplicação para o mesmo cálculo apenas quando houver fragmentação e eliminação de pelo menos 40% do volume calculoso inicial.

CRITÉRIOS DE AUTORIZAÇÃO

1. Observância do quantitativo de tratamentos já realizados;
2. Avaliação do histórico de tratamento prévio e registro de redução do cálculo com confirmação através dos laudos de imagem anexos à solicitação, devendo estar comprovada a redução de pelo menos 40% do volume do cálculo inicial a cada tratamento:
 - a) Nos casos em que já tiver realizados 3 tratamentos, além da comprovação da redução do cálculo acima descrita, também deverá registrar a justificativa da manutenção da LECO, visto que após o 3º tratamento outras alternativas devem ser consideradas;
 - b) A partir do 2º tratamento deverá anexar à solicitação o laudo da tomografia de abdômen total, para avaliação das características do cálculo (densidade/dureza, tamanho e localização exatos);
 - c) Anexar cópias de exames laboratoriais, obrigatoriamente sumário de urina ou urocultura;
 - d) A solicitação é exclusiva do médico urologista, portador de título de especialista, outorgado pela Sociedade Brasileira de Urologia/Associação Médica Brasileira.

Observação:

3. A LECO não deverá ser solicitada quando já houve falha de tratamento anterior por este método, e também para cálculos fora dos diâmetros preconizados (entre 05 a 20 milímetros no maior diâmetro), devendo ser solicitada uma das outras formas de tratamento alternativos à Litotripsia extracorpórea, a ureterolitotripsia transureteroscópica (UL), ureterolitotomia laparoscópica (ULL) ou cirurgia convencional (CC), tecnicamente consubstanciada.

4. CÓDIGOS E PROCEDIMENTOS COBERTOS

5. Os procedimentos a seguir são realizados apenas na modalidade de atendimento ambulatorial e têm como instrumento de registro o Guia de Solicitação de Tratamento Ambulatorial com Litotripsia Extracorpórea, à disposição para download na página principal do PlanSaúde, sítio constante do item IV, [Canais de Atendimento, deste](#).
6. O serviço de Litotripsia deve integrar a rede credenciada do PLANSAÚDE.

Quadro 15: Procedimentos de litotripsia cobertos

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
3.11.01.24-0	Nefrolitotripsia extracorpórea – 1ª sessão Litotripsia extracorpórea (onda de choque parcial /completa em 1 região renal)/ Litotripsia extracorpórea (onda de choque parcial /completa em 2 regiões renais)
3.11.01.25-9	Nefrolitotripsia extracorpórea – reaplicações (até 3 meses) Litotripsia extracorpórea (onda de choque - tratamento subsequente em 1 região renal)/ Litotripsia extracorpórea (onda de choque - tratamento subsequente em 2 regiões renais)
3.11.02.31-0	Ureterolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão
3.11.02.32-8	Ureterolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses)
3.11.03.10-3	Cistolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão
3.11.03.11-1	Cistolitotripsia extracorpórea - reaplicações (até 3 meses)

Observação: Os procedimentos acima poderão ser executados sob sedação ou analgesia em conformidade com o que determina a Resolução CFM N°. 1670/03.

Uso de cateter Duplo J (colocação cistoscópica)

- O uso de cateteres multifenestrado de permanência interna (Cateter Duplo J) podem auxiliar na manutenção da permeabilidade da via excretora e permitir o uso da LECO em cálculos pouco maiores do que vinte milímetros de diâmetro.
- A solicitação para utilização do Cateter Duplo J somente poderá ser feita para pacientes que se enquadrem, comprovadamente, nos requisitos a seguir. Quando realizado bilateralmente, deverá ser utilizada a regra para vias de acesso, ou seja, 100 + 50%, referindo ainda que cabe a realização do procedimento sob sedação ou anestesia.
 - Rim único, com cálculos;
 - Após manipulação endoscópica do cálculo, quando existir edema ou traumatismo na via excretora, quer pela doença inicial, quer pela instrumentação;
 - Cálculos com volume superior a 400 mm² e as condições clínicas do paciente contraindiquem outros métodos de tratamento, exceto a litotripsia extracorpórea;
 - Cirurgias convencionais ou uroendoscópicas onde existe necessidade de manter a permeabilidade da via excretora;
 - "Drenagem interna" em neoplasias pélvicas.
- A colocação ureteroscópica de duplo J unilateral não constitui um procedimento de rotina. Assim, cabe a autorização mediante justificativa médica que deixe evidenciada a dificuldade na passagem de fio guia por conta de processo ureteral obstrutivo, o que justifica o uso do ureteroscópio, para complementar o procedimento.
- As indicações para a realização de ureterorenolitotomia ou ureterorenolitotripsia nos cálculos acima de 5 mm, está restrita a cálculos obstrutivos com ou sem uretero hidronefrose, cólica resistente/intratável e infecção associada, cabendo a utilização do

fio guia de segurança posicionado na pelve renal e da bainha ureteral quando usado o ureteroscópio flexível.

5. Como fonte de energia para a litotripsia, o laser é considerado o melhor método, por sua efetividade em todos os tipos de cálculos. Quando utilizado o ureteroscópio flexível é considerado "padrão ouro". Já o uso rotineiro de cateter duplo J para procedimento não complicado e sem litíase residual não é recomendado, portanto não passível de autorização.
6. Os procedimentos percutâneos (nefrolitotomia ou nefrolitotripsia percutânea) estão serão cobertos somente para os casos em que o tratamento por outros métodos não obteve sucesso (falha de tratamento), ou seja:
 - a) cálculos de cistina, coraliformes, piélicos maiores que 20 mm, localizados no cálice inferior a 15 mm;
 - b) cálculos complexos;
 - c) anormalidades anatômicas (rim em ferradura e rim pélvico).
7. Na presença de alterações anatômicas concomitantes, de obstrução da junção ureteropielica, de estenose do infundíbulo ou de divertículos calicinais, a nefrolitotomia ou a nefrolitotripsia percutânea permitem o tratamento conjunto em um só tempo, cabendo ao cirurgião estabelecer o número de punções necessárias para a remoção dos cálculos.
8. A nefrectomia parcial laparoscópica é indicada como "padrão ouro" para tumores renais em estadio T1, tamanho até 4 cm. É indicada também para o tratamento de cistos renais Bosniak III e IV. Para tumores maiores que 7cm a nefrectomia radical é "padrão ouro", sendo suficiente a linfadenectomia hilar, já que seu objetivo é o estadiamento. A linfadenectomia ampliada fica restrita a pacientes com comprometimento linfonodal macroscópico.
9. A nefroureterectomia radical é o tratamento padrão para tumores uroteliais do trato urinário superior, tendo indicação a linfadenectomia, no estadiamento. A extensão e o número de linfonodos ainda não é questão pendente.

10.5 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. Toda produção mensal deverá ser entregue ao PlanSaúde, conforme regras descritas no item VII, deste.

10.6 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

10.7 SESSÃO DE LITOTRIPSIA

1. Para a remuneração do tratamento (1º tratamento ou tratamento subsequente) confirmado e realizado, é necessária a geração da guia respectiva no sistema informatizado do PlanSaúde.
2. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

10.8 OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA

10.8.1 REGRAS GERAIS

1. Procedimento médico, não-experimental, que se caracteriza pela inalação de oxigênio puro em ambiente com pressão maior que a atmosférica (2,5 a 2,8 atmosferas), realizado por meio de sessões em câmaras hiperbáricas monopaciente ou multipaciente.
2. As indicações cobertas pelo PlanSaúde são, exclusivamente, as listadas a seguir, devendo a solicitação estar técnica e cientificamente consubstanciada, para que possa ser avaliada pelo médico regulador, para fins de autorização ou não.
3. A quantidade máxima de sessões/beneficiário/ano é de 60 (sessenta), e requer autorização prévia do setor de Autorização do PlanSaúde.
4. A solicitação médica é limitada 1 a 10 sessões por autorização/evento, totalizando o máximo de 30 sessões, caso o limite seja extrapolado e seja imperiosa a realização de uma quantidade maior de sessões a justificativa consubstanciada, deverá ser enviada a regulação para verificar a necessidade da realização do procedimento além dos limites pre estabelecidos.
5. As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
6. As autorizações serão emitidas para um período máximo de duração do tratamento de até 03 meses (tempo máximo de validade para realizar o tratamento por cada autorização dada), após o que a autorização será automaticamente cancelada.
7. As situações evidenciadas como de emergência, com prazo de imediato para atendimento, exigem autorização concomitante ao atendimento. Serão cobertas pelo PLANSAÚDE as a seguir relacionadas
 - a) Acidentes de mergulho: Embolia traumática, embolia arterial gasosa e doença descompressiva por formação de nitrogênio. Quando serão autorizadas no máximo 5 sessões.
 - b) Doença descompressiva do trabalho em ambientes pressurizados, evenenamento ou intoxicação por gases ou fumaça (monóxido de carbon, dióxido de carbon, óleo ou material particulado, metano e oxigênio), superados os limites de tolerância para cada qual.
 - c) Síndrome de Fournier: enquadra com Gravidade III ou IV e somente com tratamento coadjuvante neste tipo de infecção se apresenta como emergência cirúrgica, sendo este tratamento, em regime de urgência, reservado para pacientes com gregrena de Fournier que permaneçam toxemiados apesar de extensor debridamento e naqueles com evidência de infecção por anaeróbios. Serão autorizadas no máximo de 10 sessões, realizadas diariamente, de acordo com a evolução do paciente.
8. O Plano de Assistência Hiperbárica deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica (em consonância com as coberturas do Plano): diagnóstico, CID e tratamento indicado.

- b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
- c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
- d) Descrição do grupo: Urgência, emergência ou situações especiais.
- e) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, conforme regra descrita a seguir.
- f) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.
- g) As sessões hiperbáricas realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do PlanSaúde.

10.8.2 CRITÉRIOS PARA COBERTURA

1. Pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:

- a) pacientes com doença descompressiva;
- b) pacientes com embolia traumática pelo ar;
- c) pacientes com embolia gasosa;
- d) pacientes com envenenamento por CO ou inalação de fumaça;
- e) pacientes com envenenamento por gás cianídrico/sulfídrico;
- f) pacientes com gangrena gasosa;
- g) pacientes com síndrome de Fournier;
- h) pacientes com fascites, celulites ou miosites necrotizantes (inclui infecção de sítio cirúrgico), com classificação de gravidade II, III ou IV, de acordo com a Escala USP de Gravidade descrita abaixo;
- i) pacientes com isquemias agudas traumáticas, lesão por esmagamento, síndrome compartimental ou reimplantação de extremidades amputadas, com classificação de gravidade II, III ou IV, de acordo com a Escala USP de Gravidade descrita abaixo;
- j) pacientes em sepse, choque séptico ou insuficiências orgânicas devido a vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas;
- k) pacientes diabéticos com ulcerações infectadas profundas da extremidade inferior (comprometendo ossos ou tendões) quando não houver resposta ao tratamento convencional realizado por pelo menos um mês, o qual deve incluir, obrigatoriamente, antibioticoterapia em doses máximas, controle estrito da glicemia, desbridamento completo da lesão e tratamento da insuficiência arterial (incluindo revascularização, quando indicada).

2. Pacientes com osteorradiocrose de mandíbula avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o mesmo preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II.

Grupo I

- a) Osteorradionecrose avançada (classificação III de Notani) com envolvimento da mandíbula abaixo do canal dental inferior ou com fratura patológica ou com fistula oro-cutânea;
- b) Osteorradionecrose refratária ao tratamento clínico e/ou cirúrgico, ou seja, persistência por tempo superior a 3 meses de exposição óssea e/ou necrose óssea e/ou necrose das partes moles após tratamento clínico e/ou cirúrgico.

Grupo II

- a) Contraindicação ao tratamento cirúrgico para remoção do osso necrosado;
- b) Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorrubicina;
- c) Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico.

Grupo III

- a) Caso o paciente apresente o critério a seguir o tratamento deve ser imediatamente descontinuado.
 - b) a) Consolidação da fratura óssea e cicatrização completa de partes moles.
3. Pacientes com cistite actínica avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o paciente preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e não preencher o critério do Grupo II.

Grupo I

- a) Cistite actínica RTOG (Esquema de Graduação de Morbidade Tardia por Radiação – RTOG/EORTC) grau 3 e 4;
- b) Cistite actínica RTOG grau 2 refratária ao tratamento clínico- urológico;
- c) Cistite actínica hemorrágica.

Grupo II

- a) Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorrubicina.

Grupo III

Caso o paciente apresente pelo menos um dos critérios a seguir o tratamento deve ser imediatamente descontinuado.

- a) Após melhora clínica e/ou cistoscópica;
 - b) Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico;
 - c) Interromper o tratamento se não houver resposta após a 30ª sessão.
4. Pacientes com Retite/Proctite Actínica avançada ou refratária ao tratamento clínico quando o paciente preencher pelo menos um dos critérios do Grupo I e não preencher o critério do Grupo II.

Grupo I

- a) Retite/proctite actínica RTOG grau 3 e 4;
- b) Retite/proctite actínica RTOG grau 2 refratária ao tratamento clínico-proctológico.

Grupo II

- a) Uso vigente dos seguintes quimioterápicos: Acetato de Mafenide, Bleomicina, Cisplatina e Doxorubicina.

Grupo III

Caso o paciente apresente pelo menos um dos critérios a seguir o tratamento deve ser imediatamente descontinuado.

- a) Após melhora clínica e/ou colonoscópica;
- b) Ocorrência de efeitos colaterais ou complicações associadas ao tratamento hiperbárico;
- c) Interromper o tratamento se não houver resposta após a 30ª sessão.

OBS: A ESCALA USP DE GRAVIDADE avalia o tratamento com Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), sendo que os itens que a compõem são para avaliação da gravidade do paciente.

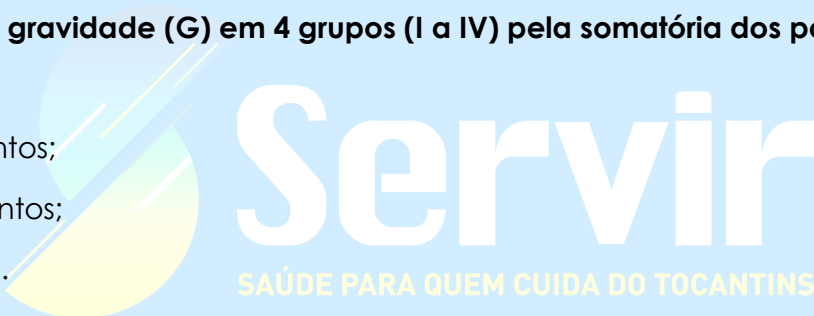
Classificação da gravidade (G) em 4 grupos (I a IV) pela somatória dos pontos:

G I < 10 pontos;

G II - 11 a 20 pontos;

G III - 21 a 30 pontos;

G IV > 31 pontos.



Sobre o atendimento

1. A confirmação do atendimento (realização das sessões) se dá no momento de atendimento do paciente, e será feita por meio da:
 - a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo PlanSaúde;
 - b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - c) Assinatura do controle de frequência de Tratamento Hiperbárico Ambulatorial em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - d) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.
2. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas.

10.8.3 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. A cobrança do tratamento hiperbárico ambulatorial deverá ser efetuada mediante apresentação da fatura, com a confirmação da realização das sessões, a quantidade de sessões realizadas, a descrição do procedimento com respectivo código.

10.8.4 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste..

10.9 ATENDIMENTOS POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MÉDICOS

1. As áreas cobertas pelo PlanSaúde para atendimento por estes profissionais são: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Nutrição.
2. O atendimento nestas áreas necessita da indicação e solicitação do médico assistente para sua realização, tendo a solicitação a validade de até 30 (trinta) dias após a data da mesma, para serem ou não autorizados na Central de Autorização e Perícia, dentro dos limites estipulados pelo plano.
3. As solicitações deverão ser feitas no PlanSaúde: Formulário de solicitação de tratamento seriado ambulatorial (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutrição), à disposição para download na página principal do PlanSaúde, sítio constante do item IV, [Canais de Atendimento, deste.](#)

10.9.1 FISIOTERAPIA AMBULATORIAL

1. A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente do paciente, preferencialmente o ortopedista, neurologista, neurocirurgião, pediatra, pneumologista, cardiologista e clínico geral, a quem cabe solicitar a autorização para a realização do mesmo, com indicação tecnicamente consubstanciada à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia a tratar.
2. Caberá ao fisioterapeuta planejar e organizar o Plano de Assistência Fisioterápica (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente. **SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS**
3. O Plano de Assistência Fisioterápica deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado.
 - b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
 - c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
 - d) Descrição do grupo da fisioterapia: Motora, respiratória, cardiológica, neurológica.
 - e) Descrição da fisioterapia: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento.
 - f) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, conforme regra descrita a seguir.
 - g) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.
 - h) Cabe a cobrança, pelo fisioterapeuta, de 01 (uma) avaliação quando do início do tratamento indicado pelo médico assistente.

- i) Não será considerada nova avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou avaliação para revisão de procedimento.
- j) Cabe a cobrança de 01 (uma) nova avaliação de fisioterapia, para o mesmo beneficiário, desde que para nova patologia apresentada pelo paciente (novo CID), o que vai exigir a construção de novo diagnóstico e plano terapêutico fisioterapêutico.
- k) As avaliações e sessões de fisioterapia realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do PlanSaúde.

10.9.2 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

1. PlanSaúde cobre exclusivamente os procedimentos fisioterápicos ambulatoriais constantes da Tabela de Fisioterapia: procedimentos e valores por sessão, Anexo 3, deste
2. A solicitação deverá ser feita no Formulário de tratamento seriado ambulatorial, à disposição para download nos endereços listados às págs. 11, sítio constante do item IV, [Canais de Atendimento](#), deste.
3. A quantidade máxima de sessões/beneficiário/ano é de 60 (sessenta), e requer autorização prévia do setor de Autorização do PlanSaúde.
4. A solicitação médica é limitada a 01 (um) tipo por vez (motora ou respiratória), a 10 sessões por autorização/evento, totalizando o máximo de 30 sessões, autorizadas em três grupos de 10 (dez).
5. As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
6. As autorizações serão emitidas para um período máximo de duração do tratamento de até 03 meses (tempo máximo de validade para realizar o tratamento por cada autorização dada), após o que a autorização será automaticamente cancelada.
7. Caso o limite/ano do beneficiário seja extrapolado e seja imperiosa a realização de uma quantidade maior de sessões de fisioterapia, a justificativa técnica consubstanciada deverá ser submetida a análise da regulação para verificação da necessidade de realização do procedimento além dos limites estabelecidos pelo PlanSaúde. Esta situação é exclusiva para as seguintes patologias:

Quadro 16: Procedimentos passíveis de autorização fora da quantidade prevista.

2.01.03.42-5	Paralisia cerebral (tratamento motor)
2.01.03.45-0	Paraplegia e tetraplegia
2.01.03.47-6	Patologia neurológica com sequelas clínicas/dependência de atividades da vida diária
2.01.03.68-9	Retardo do desenvolvimento psicomotor

8. A quantidade máxima excedente de sessões/beneficiário/ano é de 60 (sessenta), e requer autorização prévia do setor de Autorização,

9. A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o paciente.
10. As sessões ambulatoriais de fisioterapia somente poderão ser realizadas por profissionais ou entidades credenciadas pelo PlanSaúde e remuneradas de acordo com a tabela vigente.
11. Cabe a cobrança, pelo fisioterapeuta, de 01 (uma) avaliação (consulta) quando do início do tratamento indicado pelo médico assistente.
12. Não será considerada nova avaliação (consulta), para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou avaliação para revisão de procedimento.
13. Cabe a cobrança de 01 (uma) nova avaliação de fisioterapia, para o mesmo beneficiário, desde que para nova patologia apresentada pelo paciente (novo CID), o que vai exigir a construção de novo diagnóstico e plano terapêutico em fonoaudiologia.
14. As avaliações de fisioterapia realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do PlanSaúde.
15. Caberá ao fisioterapeuta planejar e organizar o Plano de Assistência em Fisioterapia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.
16. O Plano de Assistência em Fisioterapia deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado.
 - b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
 - c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
 - d) Descrição do grupo da fisioterapia: Motora, respiratória, cardiológica ou neurológica.
 - e) Descrição da do tratamento: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento.
 - f) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, na forma descrita nos itens, a seguir.
 - g)) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.
17. A confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
 - a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo PlanSaúde;
 - b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;

- c) Assinatura do controle de frequência de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- d) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.

18. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas.

10.9.3 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. A cobrança da assistência fisioterapêutica ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial a descrição do procedimento fisioterápico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido Formulário.

2. A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido (eletrônica ou não), por cada sessão autorizada pelo setor de Autorização do PlanSaúde.

10.9.4 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

10.10 FONOAUDIOLOGIA

10.10.1 INFORMAÇÕES GERAIS

1. O atendimento ambulatorial em fonoaudiologia dar-se-á exclusivamente para os procedimentos cobertos pelo PlanSaúde, constante do Quadro 15, a seguir pontuados, nos valores negociados/vigentes, e requer autorização prévia.

2. Cobertura por morbidade:

Quadro 17: Cobertura de tratamento fonoaudiológico por morbidade

1. Cobertura de 24 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
a) taquifemia [linguagem precipitada] (CID F.98.6);
b) pacientes com fenda palatina, labial ou lábio palatina (CID Q35, Q36 e Q37);
c) pacientes portadores de anomalias dentofaciais (CID K07);
d) pacientes com transtornos hipercinéticos – TDAH (CID F90);
e) dislexia e outras disfunções simbólicas, não classificadas em outra parte (CID R48);
f) pacientes com apneia de sono (G47.3);
g) pacientes com queimadura e corrosão da cabeça e pescoço (T-20);
h) pacientes com queimadura e corrosão do trato respiratório (T-27);
i) pacientes com queimadura de boca e da faringe (T-28.0);
j) pacientes com disfonia não crônica (CID R49.0).

<p>2. Cobertura de 48 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:</p>
<p>a) pacientes com gagueira [tartamudez] (CID F.98.5);</p>
<p>b) pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem (CID F80); CID F80.1; CID F80.2; CID F80.9);</p>
<p>c) pacientes com disfagia nos casos onde haja dificuldade na deglutição comprometendo e/ou impedindo a alimentação por via oral do paciente (CID R13);</p>
<p>d) pacientes portadores de um dos seguintes diagnósticos: dissertaria e amararia; apraxia e dislexia (CID R47.1; R48.2 e R48.0);</p>
<p>e) pacientes com disfonia causada por paralisia das cordas vocais e da laringe), pólipos das cordas vocais e da laringe, edema na laringe, presença de laringe artificial, neoplasia benigna da laringe), carcinoma in situ da laringe, doenças das cordas vocais e da laringe e outras doenças de corda vocal (CID J38.0; CID J38.1; CID J38.4; CID Z96.3; CID D14.1; CID D02.0; CID J.38; CID J38.3);</p>
<p>f) pacientes com perda de audição (CID H90 e H91) nos quais seja caracterizada deficiência auditiva como perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz mediante o disposto no capítulo II do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004;</p>
<p>g) pacientes portadores de retardo mental leve com transtorno de fala (CID F70) e retardo mental não especificado com transtorno de fala (CID F79).</p>
<p>h) pacientes portadores de Implante Coclear;</p>
<p>i) pacientes portadores do diagnóstico de disfasia e afasia (CID R47.0).</p>
<p>3. Cobertura de 96 consultas/sessões, por ano de contrato, quando preenchido o seguinte critério: Pacientes com transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem e transtornos globais do desenvolvimento - Autismo (CID F84.0; CID F84.1; CID F84.3; F84.5; CID F84.9).</p>
<p>4. Para os casos não enquadrados nos critérios acima, a cobertura mínima obrigatória é de 12 consultas/sessões por ano de contrato.</p>

3. O programa de tratamento cobrirá 02 (duas) sessões semanais de exercícios fonoaudiológicos, identificados como necessários para o caso específico, por um período previsto de no máximo 03 (três) meses, não cumulativos, sendo o máximo de sessões/ano as estabelecidas no item anterior (cobertura por morbidade).
4. A quantidade máxima excedente de sessões/beneficiário/ano é de 12 (doze).
5. A indicação de continuidade de tratamento (prorrogações), para a mesma patologia, requer nova solicitação e justificativa médica consubstanciada tecnicamente, inclusive indicando a efetividade e resolutividade para o paciente.

10.10.2 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

1. O PlanSaúde cobre exclusivamente os procedimentos fonoaudiológicos ambulatoriais constantes do Quadro 15: Cobertura de tratamento fonoaudiológico por morbidade, retro citado.

2. A indicação de tratamento de fonoaudiologia é do médico assistente do paciente, a quem cabe solicitar a autorização para a realização do mesmo, com indicação tecnicamente consubstancia.
3. A quantidade máxima de sessões/beneficiário/ano é de 48 (quarenta e oito), e requer autorização prévia do setor de Autorização do PlanSaúde.
4. A solicitação médica é limitada a 01 (um) tipo por vez, no máximo 10 sessões, também por vez, limitadas à quantidade total prevista por procedimento e CID cobertos, e requer autorização prévia do Setor de Regulação do PLANSAÚDE.
5. As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
6. As autorizações serão emitidas para um período máximo de duração do tratamento de até 03 meses (tempo máximo de validade para realizar o tratamento por cada autorização dada), após o que a autorização será automaticamente cancelada.
7. As sessões ambulatoriais de fonoaudiologia somente poderão ser realizadas por profissionais ou entidades credenciadas pelo PlanSaúde e remuneradas de acordo com a tabela vigente.
8. Cabe a cobrança, pelo fonoaudiólogo, de 01 (uma) avaliação (consulta) quando do início do tratamento indicado pelo médico assistente.
9. Não será considerada nova avaliação (consulta), para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, avaliação de retorno ou avaliação para revisão de procedimento.
10. Cabe a cobrança de 01 (uma) nova avaliação de fonoaudiologia, para o mesmo beneficiário, desde que para nova patologia apresentada pelo paciente (novo CID), o que vai exigir a construção de novo diagnóstico e plano terapêutico em fonoaudiologia.
11. As avaliações de fonoaudiologia realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do PlanSaúde.
12. Caberá ao fonoaudiologista planejar e organizar o Plano de Assistência em Fonoaudiologia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.
13. O Plano de Assistência em Fonoaudiologia deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado.
 - b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
 - c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
 - d) Descrição do grupo da fonoaudiologia: Distúrbios da linguagem oral ou escrita, da recepção de sons e outros pertinentes.
 - e) Descrição da do tratamento: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento.

- f) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, na forma descrita nos itens, a seguir.
- g) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.

14. A confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da:

- a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo PlanSaúde;
- b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- c) Assinatura do controle de frequência no GUIA de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
- d) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.

15. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas.

16. Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada.

10.10.3 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

- 1. A cobrança da assistência fonoaudiológica ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial a descrição do procedimento fonoaudiológico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido Formulário.
- 2. A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido (eletrônica ou não), por cada sessão autorizada pelo setor de Autorização do PlanSaúde.

10.10.4 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

- 1. A cobrança da assistência de fonoaudiologia ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) a descrição do procedimento fonoaudiológico, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido Guia.
- 2. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

10.11 PSICOLOGIA

10.11.1 INFORMAÇÕES GERAIS

1. A assistência em psicologia será oferecida ao beneficiário do PlanSaúde a partir da solicitação do profissional médico da área de saúde mental, contendo a indicação e justificativa do tratamento proposto.
2. atendimento ambulatorial em psicologia dar-se-á exclusivamente para os procedimentos cobertos pelo PlanSaúde, constante do Quadro 16 a seguir pontuados, nos valores negociados/vigentes, e requer autorização prévia.

3. Cobertura por morbidade

Quadro 18: Procedimentos cobertos pelo PlanSaúde para assistência em fonoaudiologia

Até 12 sessões/ano: Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios.
a) pacientes candidatos a gastroplastia e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Gastroplastia (Cirurgia Bariátrica) por videolaparoscopia ou por via laparotômica;
b) pacientes candidatos a cirurgia de implante coclear e que se enquadram nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização do procedimento: Implante Coclear;
Até 40 sessões/ano: Cobertura quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios:
a) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (CID F20 a F29);
b) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos globais do desenvolvimento (CID F84);
c) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos da alimentação (CID F50);
d) pacientes com diagnóstico primário ou secundário de transtornos do humor (CID F31, F33).

10.11.2 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

1. As sessões de Psicologia deverão ser solicitadas ao Setor de Regulação do PlanSaúde, por meio do Formulário de Solicitação de Tratamento Seriado Ambulatorial (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição).
2. Cabe a cobrança, pelo psicólogo, de 01 (uma) consulta/avaliação quando do início do tratamento indicado pelo médico assistente.
3. Não será considerada nova consulta/avaliação, para efeito de pagamento, aquela realizada dentro do tratamento em curso/mesma patologia, consulta/avaliação de retorno ou consulta/avaliação para revisão de procedimento.
4. Cabe a cobrança de 01 (uma) nova consulta/avaliação de psicologia, para o mesmo beneficiário, desde que para nova patologia apresentada pelo paciente (novo CID), solicitada pelo psiquiatra, o que vai exigir a construção de novo diagnóstico e plano terapêutico em psicologia.
5. As consultas/avaliações de psicologia realizadas deverão ser confirmadas no sistema eletrônico do PlanSaúde.
6. Caberá ao psicólogo planejar e organizar o Plano de Assistência em Psicologia (técnica e periodicidade), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de

acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.

7. Plano de Assistência em Psicologia deverá conter os seguintes dados:
 - a) Sobre a solicitação médica: diagnóstico, CID e tratamento indicado.
 - b) Do beneficiário: Nome, idade, sexo, número do cartão e endereço.
 - c) Do Prestador: Prestador, endereço, profissional solicitante.
 - d) Descrição do tratamento: Indicação do distúrbio psicológico objeto do tratamento.
 - e) Descrição da terapia: Tipo de terapia/tratamento que vai ser aplicada, à luz das indicações cientificamente reconhecidas para a patologia em tratamento.
 - f) Quantidade de sessões: Número de sessões solicitadas por tratamento, na forma descrita nos itens a seguir.
 - g) Previsão de duração do tratamento: Quanto tempo o tratamento que está sendo autorizado vai durar.
8. A quantidade máxima de sessões permitidas, por autorização/ evento, é de 08 (oito).
9. As autorizações para realização da(s) sessão(ões) terão uma validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
10. As autorizações serão emitidas para um período máximo de duração do tratamento de até 03 meses (tempo máximo de validade para realizar o tratamento por cada autorização dada), após o que a autorização será automaticamente cancelada.
11. A confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da: **PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS**
 - a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo PlanSaúde;
 - b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - c) Assinatura do controle de frequência no Guia de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - d) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.
12. As guias impressas arquivadas deverão estar disponíveis na unidade para efeito de auditoria.
13. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas.
14. Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada.

10.11.3 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. A cobrança da assistência psicológica ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial a descrição do procedimento, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido Formulário.

2. A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido (eletrônica ou não), por cada sessão autorizada pelo setor de Autorização do PlanSaúde.

10.11.4 REGRAS PARA COBRANÇA E PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. A cobrança da assistência em psicologia deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) a descrição do tratamento realizado, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento.

2. O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

10.12 ATENDIMENTO NUTRICIONAL

10.12.1 REGRAS GERAIS

O atendimento nutricional compreende a realização de consultas com o nutricionista, para que, por meio dos métodos objetivos e subjetivos aplicáveis, possam ser identificados distorções/distúrbios nutricionais, com vistas a possibilitar uma intervenção adequada, de forma a poder auxiliar a recuperação e, ou, manutenção do estado de saúde do indivíduo, por meio da associação de vários indicadores para garantir a precisão e a acurácia do diagnóstico nutricional.

A cobertura deste atendimento dar-se-á em observância aos requisitos a seguir listados:

1. Cobertura anual é de 04 consultas/ano, quando preenchidos pelo menos um dos seguintes critérios:
 - a) crianças com até 10 anos em risco nutricional (< percentil 10 ou > percentil 97 do peso / altura);
 - b) jovens entre 10 e 16 anos em risco nutricional (< percentil 5 ou > percentil 85 do peso/ altura);
 - c) idosos (maiores de 60 anos) em risco nutricional (Índice de Massa Corpórea (IMC) <22 kg/m²);
 - d) pacientes com diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica;
 - e) pacientes com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso (IMC ≥25 kg/m²) com mais de 16 anos;
 - f) pacientes ostomizados;
 - g) após cirurgia gastrointestinal.
2. Cobertura de 02 consultas por ano, para pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus em uso de insulina ou no primeiro ano de diagnóstico.

10.12.2 SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DO ATENDIMENTO

1. atendimento nutricional deverá ser solicitado ao Setor de Regulação do PlanSaúde, por meio do Formulário/Guia de Solicitação de Tratamento Seriado Ambulatorial (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição).
2. Cabe solicitar um atendimento por vez, com intervalo mínimo de 03 (três) meses entre eles e, para cada atendimento, deverá ser preenchido novo Formulário de Solicitação.
3. atendimentos em nutrição realizadas deverão ser confirmados no sistema eletrônico do PlanSaúde.
4. Caberá ao nutricionista planejar e organizar o Plano de Assistência em Nutrição, informando inclusive a periodicidade do atendimento (total de consultas e intervalos previstos), a sua efetividade e resolutividade para o paciente, estritamente de acordo com a solicitação médica e em conformidade com as necessidades do paciente.
5. As autorizações para realização da consulta terá validade de 30 (trinta) dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado, após o que a autorização será automaticamente cancelada.
6. A confirmação da consulta e da realização das sessões, no momento de atendimento do beneficiário, será feita por meio da:
 - a) Apresentação da carteira de identificação do beneficiário, expedida pelo PlanSaúde;
 - b) Apresentação de documento pessoal de identificação do beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - c) Assinatura do controle de frequência no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) em cada sessão realizada, pelo beneficiário ou de seu responsável, quando se tratar de menor de idade ou incapaz;
 - d) Assinatura digital do beneficiário (identificação biométrica), se houver.
7. As guias impressas arquivadas deverão estar disponíveis na unidade para efeito de auditoria.
8. As guias confirmadas que por algum motivo não resultaram em atendimento do paciente, terão que ser obrigatoriamente canceladas.
9. Casos em que houver solicitação de sessões em quantidade superior às aqui previstas deverão estar tecnicamente fundamentadas e serão objeto de perícia presencial/opinião especializada.

10.12.3 REGRAS PARA ENTREGA E COBRANÇA DO ATENDIMENTO

1. A cobrança da assistência em nutrição ambulatorial deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial a descrição do atendimento, respectivo código e número de sessões, descritas no item Plano de Tratamento do referido Formulário.
2. A comprovação da realização do atendimento requer a assinatura do assistido (eletrônica ou não), por cada sessão autorizada pelo setor de Autorização do PlanSaúde.

10.12.4 PARA COBRANÇA E PAGAMENTO DA PRODUÇÃO

1. A cobrança da assistência em nutrição deverá ser efetuada mediante lançamento, no Formulário de Tratamento Seriado Ambulatorial (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição) a descrição do tratamento realizado, respectivo código e número de consultas, descritas no item Plano de Tratamento do referido Formulário.
2. pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

10.13 PRAZOS MÁXIMOS PARA O ATENDIMENTO DE SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS

O PlanSaúde oferecerá o atendimento integral das coberturas referidas nos seguintes prazos:

Quadro 19: Prazos para atendimento ao beneficiário

Item	Descrição	Prazo
Consulta básica	Pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia	Imediato
Consulta especializada	Demais especialidades médicas	Imediato
Consulta/sessão	Fisioterapeuta / Fonoaudiólogo / Psicólogo / Nutricionista	Em até 10 (dez) dias úteis
Exames	Serviços de diagnóstico por laboratório	Em até 03 (três) dias úteis
Exames	Serviços de diagnóstico por laboratório (paciente internado)	Imediato
Consulta/sessão	Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	Em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão	Oncologia e Nefrologia	Em até 10 (dez) dias úteis
Consulta/sessão	Oncologia e Nefrologia (paciente em UTI)	Imediato
Procedimentos	De alta complexidade	Em até 21 (vinte e um) dias úteis
Atendimento	Em regime de hospital-dia	Em até 10 (dez) dias úteis
Atendimento	Em regime de internação eletiva	Em até 21 (vinte e um) dias úteis
Atendimento	De urgência ou emergência	Imediato

11 MÓDULO IV - ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REGIME DE INTERNAÇÃO

A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas em regime de internação com pernoite ou na modalidade hospital-dia, em caráter eletivo ou de urgência/emergência. No PlanSaúde compreende a internação em hospital geral ou especializado e a assistência domiciliar (home care).

11.1 HOSPITAL-DIA/CLÍNICA-DIA

1. O termo day hospital ou day clinic significa hospital dia e compreende uma estrutura organizacional de uma instituição de saúde com um espaço físico próprio, onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a doentes em ambulatório.
2. Este modelo é uma alternativa à hospitalização clássica, constitui um regime de assistência intermediário entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, reconhecidos com Procedimentos Médicos em Day Clinic, estando seu uso indicado quando a permanência do paciente na unidade é requerida por um período máximo de 12 horas.
3. Em geral se destinam ao atendimento de cirurgias eletivas e ao atendimento do tipo intensivo de pacientes psiquiátricos que estão sendo reintegrados ao convívio social, ou seja, designa o hospital ou parte dele que oferece serviços terapêuticos, que os pacientes geralmente frequentam todos os dias, com retorno à residência ou para uma ala hospitalar, no período noturno.
4. Na assistência em saúde mental, o hospital-dia deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até cinco dias da semana, com uma carga horária de oito horas diárias para cada paciente, sendo sua utilização justificada como:
 - a) alternativa à hospitalização psiquiátrica;
 - b) continuidade à internação fechada;
 - c) extensão ao tratamento ambulatorial; e
 - d) reabilitação e apoio a crônicos.
5. Os hospitais de dia mais comuns são os praticados nas áreas de psiquiatria, oftalmologia, oncologia, hematologia, ginecologia, cirurgia- geral, plástica, dermatologia, urologia, ginecologia e ortopedia, além de administração de medicamentos, exame de termografia ou termometria e colonoscopia com preparo hospitalar.
6. As cirurgias com internação de curta permanência incluem todos os procedimentos clínico-cirúrgicos (à exceção dos que acompanham os partos) que, pelo seu porte dispensam o pernoite do paciente. São realizadas com anestésias para cirurgias com internação de curta permanência, ou seja, aquelas que permitem pronta ou rápida recuperação do paciente, sem necessidade de pernoite, exceto em casos eventuais (anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com drogas anestésicas de eliminação rápida).

7. Condições para estabelecer os critérios para realização de procedimentos em regime de Hospital Dia:

Quanto à seleção dos pacientes:

1. Estado físico: os pacientes que podem ser submetidos a cirurgia/procedimento com internação de curta permanência são os classificados nas categorias ASA-I e ASA-II da American Society of Anesthesiologists (1962), ou seja:
 - a) **ASA I** – pacientes sem transtornos orgânicos, fisiológicos, bioquímicos ou psicológicos. A enfermidade que necessita de intervenção é localizada e não gera transtornos sistêmicos;
 - b) **ASA II** – o paciente apresenta pequenos ou moderados transtornos gerais, seja pela enfermidade sob intervenção ou outra (ex.: enfermidade cardíaca leve, diabetes leve ou moderado, anemia, hipertensão compensada, idades extremas e obesidade).
2. A extensão e localização do procedimento a ser realizado permitem o tratamento com internação de curta permanência;
3. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos no pós-operatório;
4. Aceitação, pelo paciente, do tratamento proposto.

Quanto ao tipo de procedimento

1. - Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
2. - Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação ou observação médica/enfermagem de até 12 horas; **E PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS**
3. - Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;
4. Obrigatoriamente, para todo paciente, deverá ser aberto prontuário, a modelo da internação tradicional, constando todos os dados e informações pertinentes.
5. A cirurgia/procedimento com internação de curta permanência não deverá ser solicitada quando:
 - a) Os pacientes são portadores de distúrbios orgânicos de certa gravidade, avaliados a critério do médico assistente;
 - b) Os procedimentos a serem realizados são extensos;
 - c) Há grande risco de sangramento ou outras perdas de volume que necessitem de reposição importante;
 - d) Há necessidade de imobilização prolongada no pós-operatório;
 - e) Os procedimentos estão associados a dores que exijam a aplicação de narcóticos, com efeito por tempo superior à permanência do paciente no estabelecimento.

11.2 REGRAS PARA PROCEDIMENTOS NA MODALIDADE DAY CLINIC, EM GERAL

1. Itens de serviços inclusos na diária modalidade Day Clinic:

- a) Acomodação em enfermaria coletiva;
- b) Leito próprio;
- c) Higiene do paciente, troca de roupa de cama e banho estéreis e higienizadas;
- d) Cuidados e materiais de uso na higiene e desinfecção ambiental;
- e) Dieta/alimentação do paciente de acordo com a prescrição médica;
- f) Cuidados de enfermagem;
- g) Materiais de proteção individual - EPI (luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, pró-pé, entre outros);
- h) Ponto de oxigênio e vácuo;
- i) Climatização;
- j) Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés). Incluir na taxa (ver valor)

2. Itens de serviços não inclusos na diária modalidade Day Clinic

- a) Honorários médicos;
- b) Exames inerentes à patologia e, ou a causa que originou a internação do paciente (SADT);
- c) Materiais descartáveis, incluindo os especiais
- d) Medicamentos
- e) Gás medicinal
- f) Hemoterapia e hemoderivados;
- g) OPME, exceto quando mencionado nas inclusões
- h) Acompanhante para beneficiários internados que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais, com fornecimento de refeição.

11.3 PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS

1. Nos procedimentos associados, o honorário médico será cobrado em 100% do procedimento de maior valor, acrescido de 50% de cada procedimento que for associado. Ex: postectomia (100%) + herniorrafia inguinal (50%).
2. Os procedimentos deverão ser realizados dentro do tempo cirúrgico previsto, ou seja, para efeito de contagem de tempo, será considerada a soma do tempo de uso de sala de cada procedimento, mantido o tempo máximo de permanência previsto para o day clinic (12 horas)
3. A internação na modalidade Day clinic é para realização de procedimentos eletivos efetuados, de regra, em horário diurno. Se houver uma excepcionalidade relacionada ao quadro mórbido do paciente e não à conveniência do médico, poderá ser

autorizada a sua realização no horário noturno, mediante justificativa, que será avaliada pelo médico regulador, sem acréscimo de valor.

11.4 PROCEDIMENTOS COBERTOS

1. Estão organizados na Tabela de Procedimentos Realizados na Modalidade Day Clinic, segundo o tipo do procedimento, tipo de anestesia, hora em day clinic, tempo de centro cirúrgico, inclusão e exclusão de itens de serviços.
2. Somente poderão ser realizados procedimentos na modalidade de day clinic os prestadores que detêm condições físicas e funcionais para este tipo de atendimento, comprovado previamente por vistoria in loco, previamente à contratação.

11.5 INTERNAÇÃO HOSPITALAR

11.5.1 NORMAS GERAIS RELACIONADAS À INTERNAÇÃO

1. A assistência hospitalar abrange a prestação, por equipe de saúde, de um conjunto de ações, serviços, métodos e processos, empregados na promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pessoas, em regime de internação, seja de caráter eletivo ou originárias do atendimento de urgência/emergência.
2. Quanto aos locais de acomodação o PlanSaúde reconhece as seguintes modalidades para seus beneficiários:
 - a) internação em enfermaria;
 - b) Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral, pediátrica e neonatal;
 - ~~c) Internação em Berçário de Alto Risco;~~
 - c. Internação em Isolamento Hospitalar para precaução de contato e aplicação de medidas de prevenção da transmissão de agentes infecciosos através de contato direto ou indireto com o paciente ou ambiente, notadamente para pacientes infectados ou colonizados por bactérias multirresistentes, doenças graves e de alta infectividade/contagiosidade (meningococemia, hepatite A, varicela, p. ex.).
3. Quanto ao tipo, são reconhecidas/classificadas as seguintes:
 - a) Internações clínicas;
 - b) Internações cirúrgicas
 - c) Internações obstétricas
 - d) Internações pediátricas
 - e) Internações psiquiátricas
4. Quanto à origem compreendem:
 - a) Eletivas
 - b) De urgência/emergência
5. As ferramentas disponibilizadas pelo PlanSaúde para solicitação e cobrança de procedimentos/serviços, e disponíveis no item IV Canais de Atendimento, deste, são:

- a) Guia de Solicitação da Internação;
 - b) Guia de Solicitação e Registro de Exames Realizados (SP/SADT);
 - c) Guia de Resumo da Internação;
 - d) eGuia de Outras despesas (espelho da conta);
 - e) Formulários próprios para solicitação de procedimentos.
6. O PlanSaúde cobre somente INTERNAÇÕES EM ENFERMARIA, com sanitários e banheiros proporcionais ao número de leitos.
7. A opção por acomodação superior será de inteira responsabilidade do paciente e, ou, responsável, que assumirá o ônus financeiro total pela referida opção, devendo estar registrada em Termo por Opção de Acomodação Superior, em três vias, sendo uma anexada ao prontuário e outra enviada quando da cobrança da conta hospitalar.
8. Toda internação hospitalar exige autorização prévia, independentemente de seu tipo (clínica, cirúrgica, obstétricas, pediátricas ou psiquiátricas), origem (eletiva/urgência), na acomodação contratada (enfermaria). A ausência do envio da documentação de solicitação caracterizará o evento como de realização à revelia do plano, estando sujeito à glosa total ou parcial.
9. Em caso de internação de emergência ou em UTI – a autorização deverá ocorrer no máximo em 12 horas do primeiro dia útil a partir da data do atendimento, sendo que o primeiro dia útil começa a partir das 08 hs.
10. A solicitação da internação deverá ser feita diretamente para a Central de Regulação do PlanSaúde, obedecendo aos seguintes critérios:
- a) Eletivas:
 - De posse da solicitação do médico assistente, o beneficiário deverá se direcionar para o hospital credenciado que irá realizar o procedimento, para que o mesmo faça o lançamento da solicitação no sistema informatizado do PlanSaúde, para que a mesma seja avaliada pela Central de Regulação, para fins de autorização.
11. Em relação ao prestador, as estratégias para o ordenamento da autorização de serviços assistenciais de saúde em beneficiário internado compreendem:
- a) a solicitação de autorização para internações, de qualquer tipo ou origem;
 - b) a solicitação de autorização para realização de SADT;
 - c) a solicitação de próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos especiais;
 - d) a solicitação de terapias seriadas em paciente internado;
 - e) solicitação para prorrogação de internação;
 - f) a apresentação da produção mensal para fins de cobrança, submetida ao controle pré-pagamento, estritamente dentro das regras aqui estabelecidas.
12. Para fins de autorização somente poderão ser solicitados procedimentos/exames cobertos pelo PlanSaúde, segundo a Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, ferramenta referencial para o processo de autorização para realização de serviços

pelos prestadores, aos beneficiários do Plano. O rol está estruturado de modo a contemplar aspectos fundamentais, conforme demonstrado, a seguir:

- a) Código do procedimento;
- b) Descrição do procedimento;
- c) Classificação do procedimento (grupo e subgrupo);
- d) Características do procedimento (exige autorização, exige perícia/dados clínicos, nível de autorização, nível de complexidade, local de atendimento, se cabe uso de prótese, se cabe uso de material especial);
- e) Valor final do procedimento.

13. O Rol completo encontra-se disponível para consulta e download nos sites do item IV Canais de Atendimento, deste.

14. Também para fins de autorização deverão ser cumpridos os pré-requisitos para solicitação de procedimentos/exames, em consonância com a Quadro 20 a seguir, que indica os dados/informações exigidas para a autorização do procedimento que está sendo solicitado. Os pré-requisitos para autorização dos procedimentos solicitados são parte obrigatória destas solicitações e a ausência dos mesmos pode ser impeditiva da autorização, temporária ou definitivamente.



Quadro 20: Pré-requisitos para autorização de procedimentos pela central de autorização do PlanSaúde.

Tipos de Relatórios	Informações Complementares
Internações Clínicas	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento e CID), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento.	+ Resultados de exames de imagem, laboratório, anatomopatológico. + Relatório de especialista. + Previsão da duração do tratamento.
Internações Cirúrgicas	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento + indicação da cirurgia.	+ Descrição das lesões (localização, quantidade, dimensões etc.).
	+ Resultado de exames complementares pré-operatórios (imagem, laboratório, anátomo patológico, e outros... QSA*).
	+ Relatório técnico de revisão de procedimento (perícia).
	+ Resultado de exames Pré-Operatório, indicação do uso de OPME e Especificação da Órtese e Prótese – QSA* (cirurgia ou exame invasivo).
Prótese Cirúrgica*	
Guia de Solicitação de Internação – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da solicitação e justificativa para a realização do procedimento + indicação para uso de Prótese + Especificação da Prótese (tipo), para o médico assistente.	Especificação clara da (s) PME, com a compatibilização com o procedimento.
Solicitação para o fornecimento de Prótese + descrição do tipo e especificação + relatório médico (para o fornecedor cadastrado no Plano).	
 Oftalmologia	
Guia de Solicitação de Internação/SP-SADT - Serviço Profissional /Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – Devidamente preenchida, (incluindo a descrição do código do procedimento), com relato devidamente consubstanciado da	+ Exame oftalmológico complementar + solicitação para uso de PME (QSA*). + Relatório técnico da revisão do procedimento (perícia).

solicitação e justificativa para a realização do procedimento. + descrição do exame oftalmológico complementar.	
Material e Medicamento Especial	
Relatório médico com solicitação e justificativa consubstanciada para uso do medicamento e, ou, do material especial.	+ Uso de Prótese (QSA*).
Terapias Seriadas (paciente internado)	
Relatório médico com solicitação, justificativa consubstanciada e indicação para realização do procedimento + previsão de duração do tratamento.	Relatório médico com solicitação e justificativa de prorrogação do tratamento + evolução clínica.
Exames	
Relatório médico com solicitação, justificativa detalhada do médico assistente e indicação para realização do exame.	Resultado de exames anteriores de imagem, laboratorial e anatomopatológico e outros (QSA).

15. Mudança de local de acomodação: Internação iniciada em enfermaria em que houver necessidade de transferir o paciente para UTI, QUANDO FOR CNPJ DIFERENTE, deverá ser encerrada a primeira internação e solicitada a internação no novo local de acomodação do paciente. A diária paga é a da acomodação de destino.
16. O PlanSaúde não cobre internação prévia à realização de procedimento cirúrgico. Caso haja indicação imperiosa esta deve ser justificada quando da solicitação da internação.
17. A solicitação de prorrogação deve estar compatível com a necessidade de permanência do paciente frente à morbidade/quadro clínico apresentado.
18. O PlanSaúde não cobre consulta pré-anestésica, dentro da internação.
19. Quando a alta do paciente for por transferência para outro hospital, não cabe pagamento de diária hospitalar para o hospital de origem, tendo em vista que esta será paga para o hospital de destino.
22. Cabe pagamento de diária na data da alta para os casos de óbito ou alta a pedido.
23. A solicitação de procedimentos/serviços/exames para realização dentro da internação deverá estar compatível com a morbidade em tratamento, com a condição clínica do paciente e será avaliada pelo médico regulador.
24. Não serão realizadas autorizações retroativas, ou seja, primeiro realiza o procedimento e depois solicita. A pertinência do que foi realizado será avaliada na auditoria da conta hospitalar, quando será decidido pela autorização ou não.
25. A assistência fisioterápica e de fonoaudiologia em paciente internado somente poderá ser prestada em hospitais em que este tipo de assistência foi contratada.
26. Internação do Recém-nascido:

- a) RN deverá estar registrado como dependente até o 30º dia de vida, sem o que não terá direito a cobertura assistencial do PlanSaúde.
- b) Cabe cobertura do atendimento ao recém-nascido em sala de parto (neonatalogista plantonista), seja a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia, prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva ou intubação traqueal.
- c) Se for necessário o RN permanecer internado após o 3º dia de vida, a internação deverá ser solicitada por meio da Guia de Solicitação de Internação com o diagnóstico da patologia, devendo obedecer aos trâmites normais, cabendo a cobrança da visita hospitalar ao paciente internado.
- d) Quando o parto for múltiplo o atendimento do pediatra na sala de parto será computado para cada recém-nato (100 e 70%).

27. Todos os procedimentos realizados durante a internação do paciente devem estar registrados no prontuário, incluindo a descrição dos atos cirúrgicos pelo cirurgião principal, registro e identificação da participação do(s) auxílio(s) cirúrgico, se houver, ficha anestésica, boletim de enfermagem, bem como a especificação de todos os itens de serviços pertinentes (honorários profissionais de médicos e não médicos - fisioterapeuta e fonoaudiólogo, diárias, taxas, medicamentos, materiais, gases medicinais, prótese cirúrgica ou material especial).

28. Os exames solicitados/realizados durante a internação estão fundamentados na necessidade do paciente, considerando a pertinência com o diagnóstico/hipótese diagnóstica e com a condição clínica do paciente. Deverão constar do prontuário do paciente tanto as solicitações quanto os resultados (laudos, películas, impressões gráficas, e outros).

11.5.2 REGRAS ESPECÍFICAS POR ITENS DE SERVIÇOS QUE COMPÕEM A CONTA HOSPITALAR

A internação hospitalar, do ponto de vista de atividades que a integram, é composta pelos seguintes itens:

11.5.3 DIÁRIAS

1. É a permanência de um paciente por um período mínimo superior a 12 horas em uma instituição hospitalar, e até 24 horas, utilizando-se de acomodações conforme contrato firmado. A diária hospitalar é indivisível e independe do horário de entrada do paciente no serviço.
2. Para o PlanSaúde as internações que iniciarem entre 00:00 e 12:00 horas serão contadas como diárias integrais, ultrapassadas as 12 horas de permanência.
3. Já para as internações que iniciarem entre 00:00 e finalizaram até as 12:00h, serão contadas como meia diária. Caso seja necessária a permanência a maior do paciente, é que dar-se-á início à diária integral.
4. A diária se encerra às 12 horas, com tolerância de até 2 horas. Altas dadas após este período deverão ser justificadas.
5. Em caso de óbito, será paga a diária integral. Cabe o pagamento de meia diária quando a alta for a pedido (registrada e assinada pelo paciente ou responsável, e anexada à conta hospitalar) ou por transferência para outro hospital.

6. Quando o paciente for transferido de uma acomodação para outra paga-se a diária da acomodação de destino (enfermaria) e não a de origem (UTI).
7. A data, e o motivo da alta deverão estar registrada pelo médico assistente, com sua assinatura e registro do CRM, legíveis, podendo ser carimbada ou não.
8. PlanSaúde não se responsabilizará por nenhuma despesa extraordinária que advirem fora das especificadas nos termos deste credenciamento, negociado entre as partes.

Prorrogações de internações hospitalares/permanência, sobre estas considerar:

1. A indicação de continuidade da internação do paciente para o atendimento clínico ou cirúrgico já liberado (em curso) exige solicitação e autorização do PLANSAÚDE, inclusive identificando qualquer alteração havida ou pretendida no atendimento do paciente, tais como:
 - a) inclusão de novos procedimentos cirúrgicos;
 - b) uso de prótese e materiais especiais mesmo aquelas que fazem parte do ato cirúrgico;
 - c) medicamentos para tratamentos oncológicos;
 - d) procedimentos de hemodinâmica;
 - e) procedimentos de radiologia intervencionista;
 - f) prorrogações das internações psiquiátricas, seja por doença ou dependência química.
2. A comunicação de solicitação de prorrogação deve ocorrer preferencialmente durante a internação e não após a alta do paciente, sempre com a presença do médico auditor para verificar a pertinência da necessidade do paciente permanecer internado.
3. A autorização de prorrogação deverá ocorrer no máximo em 12 horas do primeiro dia útil a partir da data do atendimento, sendo que o primeiro dia útil começa a partir das 08 hs
4. A solicitação requer justificativa médica consubstanciada tecnicamente, compatível com a necessidade de permanência do paciente frente à morbidade/quadro clínico apresentado.
5. A prorrogação da permanência somente poderá ser solicitada e consubstanciada tecnicamente por escrito, pelo médico assistente, e encaminhada pelo hospital, de duas formas:
 - a) Para o médico auditor do PlanSaúde que atua no hospital, preferencialmente, que compatibilizará, in loco, a solicitação com o estado real do paciente. Avaliada a solicitação e aprovada, o médico auditor/hospital confirmará a mesma no sistema informatizado, com base na solicitação por escrito (anexar ao prontuário do paciente) do médico assistente.
 - b) Para a Central de Regulação do PlanSaúde, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, na mesma forma, para avaliação do médico regulador.

6. Por solicitação poderão ser pedidos até 05 dias, e a ausência de dados ou descrições vagas são impeditivas da avaliação da solicitação. Permanências a maior serão avaliadas pelo médico auditor.
7. Prorrogações não informadas/solicitadas ao PlanSaúde durante o curso da internação serão realizadas retroativamente somente em casos excepcionais e após a avaliação do médico auditor. (decurso de prazo). A pertinência da indicação da prorrogação da permanência do paciente será avaliada durante a auditoria da conta hospitalar, cabendo considerar ou não a(s) diária(s) a maior.

8. Quadro 21: Tipos de diárias hospitalares cobertas pelo PlanSaúde

Ord.	Nome
1	Diária de Enfermaria
2	Day Clinic (meia diária)
3	Diária de UTI Geral
4	Diária de UTI Neonatal (UTIN)
5	Diária de UTI Pediátrica
7	Diária Global (ver isolamento)
8	Diária de Isolamento

11.5.3.1 Diária de Enfermaria

Composta de quarto coletivo para três ou mais pacientes, sem ou com acompanhantes, com banheiro comum, exceto nos casos previstos pela lei ou quarto coletivo com dois leitos com banheiro comum, com ou sem acompanhante, exceto os casos previstos em lei.

11.5.3.2 Meia Diária (Day Clinic)

Compreende a modalidade de assistência em que o paciente utiliza leito hospitalar e serviços somente no período de até 12 horas. Prestada por equipe técnica de apoio e infraestrutura adequada, geralmente é utilizada para realizar:

- a) Procedimentos clínicos/diagnósticos/terapêuticos que necessitem de suporte técnico especializado;
- b) Procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar;
- c) Complementação de início ou término de internação hospitalar.

11.5.3.3 Diária de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Acomodação com instalações para mais de um paciente para tratamento intensivo, ou seja, o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, com presença médica permanente (médico plantonista de UTI/12 horas), o médico intensivista diarista/responsável técnico, de acordo com a Portaria/MS nº 3.432 de 12.08.98 e Portaria/MS nº 895, de 31.03.2017.

11.5.3.4 Diária Global

Constitui uma modalidade de cobrança pela permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar caracterizada por precificação única, para tratamento clínico ou cirúrgico.

Aplica-se, de regra geral, para casos que tenham média de permanência compatível para a doença que motivou a internação.

As diárias globais clínicas são cobradas considerando a permanência do paciente e a acomodação utilizada (apartamento, enfermaria, hospital dia, unidade semi-intensiva, UTI e isolamento).

Compreende um conjunto de serviços hospitalares englobando itens tais como:

- a) serviços de enfermagem;
- b) materiais de consumo;
- c) dieta do paciente;
- d) despesas com acompanhante (de acordo com a legislação);
- e) medicamentos;
- f) honorários médicos;
- g) SADT; e
- h) materiais especiais.

Itens de serviços INCLUSOS NA DIÁRIA GLOBAL para os quais não cabe pagamento em separado:

- a) Honorários médicos e honorário de equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia).
- b) Hotelaria: Leito, troca de roupa de cama e banho do paciente, cuidados e materiais de higiene e desinfecção ambiental e correlatos;
- c) Despesas com acompanhantes, nos casos previstos em contrato e em lei;
- d) Alimentação do paciente;
- e) Todos os cuidados e atos de competência da enfermagem;
- f) Custo e manutenção com equipamentos médico- hospitalares de uso permanente ou não;
- g) Todos os materiais, inclusive EPI.

ITENS EXCLUSOS DA DIÁRIA GLOBAL, cabendo pagamento em separado

- a) Procedimentos clínicos e cirúrgicos;
- b) Pequenos procedimentos cirúrgicos (passagem de cateter central, drenagem torácica, paracentese, troca cânula de traqueostomia, troca de botton de gastrostomia e assemelhados);
- c) Serviços auxiliares diagnósticos e terapia (SADT);
- d) Medicamentos inerentes ao tratamento;
- e) Matérias descartáveis e especiais;
- f) Próteses cirúrgicas;

- g) Gases medicinais;
- h) Taxas negociadas (serviços, equipamentos, salas);
- i) Contrastes.

ITENS INCLUSOS E NÃO INCLUSOS NAS DIÁRIAS HOSPITALARES, POR LOCAL DE ACOMODAÇÃO

Quadro 22: Itens inclusos e não inclusos nas diárias hospitalares.

Tipo	Itens inclusos	Itens Exclusos
Diária hospitalar- Apartamento / Apartamento Coletivo (enfermaria)/ Day Clinic	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Espaço físico (de acordo com as especificações da RDC nº 50/2002, da ANVISA); <input type="checkbox"/> Acomodação individualizada (com banheiro); <input type="checkbox"/> Leito próprio comum ou especial (cama, berço/berço aquecido/incubadoras qualquer tipo ou modelo, sensor de temperatura); <input type="checkbox"/> Cama para paciente/troca de roupa de cama e banho do paciente, roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente; <input type="checkbox"/> Atendimento médico por plantonista para intercorrências clínicas à beira do leito; <input type="checkbox"/> Fitas adesivas de qualquer tipo ou modelo em qualquer situação (internação, exames, procedimentos, consultas etc.); <input type="checkbox"/> Pulseira de identificação do paciente e acompanhante, qualquer tipo ou modelo; 	<ul style="list-style-type: none"> Honorários médicos; O parecer de especialista (quando justificado no prontuário do paciente e de acordo com as regras estabelecidas neste documento); <input type="checkbox"/> Exames inerentes à patologia ou a causa que originou a internação do paciente (SADT); <input type="checkbox"/> Dietas especiais industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação); <input type="checkbox"/> Hemoderivados; <input type="checkbox"/> Próteses cirúrgicas e, ou, materiais/insumos

	<p><input type="checkbox"/> Dieta via oral de acordo com a prescrição médica;</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados, materiais e soluções de uso na higiene e desinfecção ambiental, higienização concorrente e terminal;</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem (medidas antropométricas, administração de medicamentos por qualquer via, enemas, irrigações, lavagens, controle de diurese, medida de débitos – fistulas, sondas, ostomias, aspiração orotraqueal/nasotraqueal, controle de sinais vitais, higienização do paciente, mudança de decúbito, trocas de roupas, fraldas, realização/troca de curativos, sondagens, instalação e manutenção de venóclise, preparo do paciente para exames e, ou, procedimentos cirúrgico, terapêutico ou diagnóstico, transporte do paciente dentro do ambiente hospitalar, preparo do corpo em caso de óbito, entre outros característicos da atividade);</p> <p><input type="checkbox"/> Serviços administrativos, transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros;</p> <p><input type="checkbox"/> Equipamentos e materiais médico-hospitalares de uso permanente e obrigatório, incluindo o transporte dos mesmos (Raios X portátil, ECG, berço e equivalentes);</p> <p><input type="checkbox"/> Materiais de proteção individual – EPI (NR N°32/MT), tais como luvas não estéreis, máscaras, aventais, gorros, propés, kit cirúrgico (gorro, sapatilha, máscara), entre outros;</p> <p><input type="checkbox"/> Rouparia permanente e descartável (alguns exemplos: escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro, propés e botas);</p> <p><input type="checkbox"/> Materiais para esterilização, higienização, assepsia e antissepsia em geral (álcool, álcool gel para eletrodo, éter, iodopovidona-PVPI, tópico/degermante, clorexidina tópica/degermante, detergente enzimático, glutaraldeído 2%, hipoclorito de sódio, e outros do gênero); esparadrapo, micropore, <i>stop blood</i>, <i>bulldog</i>, compressa, fralda (somente com autorização);</p> <p><input type="checkbox"/> Materiais inclusos nos procedimentos/avaliações da equipe multidisciplinar: i) descartáveis como anuscópio, aparelho para tricotomia, espátula de madeira, ácido</p>	<p>especiais, cobertos pelo PlanSaúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos necessários à assistência ao paciente;</p> <p><input type="checkbox"/> Gases medicinais;</p> <p><input type="checkbox"/> Taxas negociadas.</p>
	<p>acético 5%, cotonetes, curetas, DVD, CD, disco óptico, eletrodo para ECG, escova cervical, espéculo vaginal, frasco coletor, gel para US e ECG, preservativo, lâminas para esfregaço, marcador de campo cirúrgico, caneta eletrodo cirúrgico, etc.; ii) materiais para exames de laboratório tais como: seringas, agulhas, tubo de Vacutainer, diluente para coleta de sangue, coletores de urina e fezes, e outros inclusos na remuneração dos exames.</p> <p><input type="checkbox"/> Ponto de oxigênio e vácuo;</p> <p><input type="checkbox"/> Ar condicionado (climatização);</p> <p><input type="checkbox"/> Indumentária para paciente cirúrgico (bata, gorro, propés).</p>	

<p>Diária de UTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acomodação individualizada; <input type="checkbox"/> Roupas de cama e banho estéreis e higienizados diariamente; <input type="checkbox"/> Indumentárias dos profissionais e pacientes; <input type="checkbox"/> Material de higiene e assepsia do paciente; <input type="checkbox"/> Higienização do ambiente utilizado; <input type="checkbox"/> Serviços/procedimentos/cuidados de enfermagem; <input type="checkbox"/> Serviços administrativos (registros hospitalares), transporte e assepsia de equipamento/materiais, entre outros <input type="checkbox"/> Dieta do paciente, exceto dietas industrializadas; <input type="checkbox"/> Prescrição, evolução e atendimento de intercorrências; <input type="checkbox"/> Avaliação admissional na UTI; <input type="checkbox"/> Monitor cardíaco/pressão não invasiva - PNI; <input type="checkbox"/> Bombas de infusão; <input type="checkbox"/> Aspirador portátil e a vácuo/irrigador; <input type="checkbox"/> Oxímetro; <input type="checkbox"/> Incubadora; <input type="checkbox"/> Kit de CPAP nasal e umidificador aquecido; <input type="checkbox"/> Capacete de Hood. <input type="checkbox"/> Intubação; <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca; 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Honorários médicos: intensivista, diarista quando comprovadamente houver e parecerde especialista (quando justificado e de acordo com as regras estabelecidas); <input type="checkbox"/> Medicamentos relacionados à patologia do paciente e aos procedimentos realizados; <input type="checkbox"/> SADT; <input type="checkbox"/> Gases medicinais; <input type="checkbox"/> Hemoderivados; <input type="checkbox"/> Diálise <input type="checkbox"/> Dietas industrializadas enteral/parenteral (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria/regulação).
-----------------------------	--	---

	<input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar.	
Diária de UTIN*	<input type="checkbox"/> Material e equipamento para reanimação; <input type="checkbox"/> Monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura; <input type="checkbox"/> Ventilador pulmonar mecânico microprocessado <input type="checkbox"/> Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria; <input type="checkbox"/> Conjunto de nebulização, em máscara; <input type="checkbox"/> Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto inflável com máscara e reservatório; <input type="checkbox"/> Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade; <input type="checkbox"/> Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva; <input type="checkbox"/> Oftalmoscópio e otoscópio; <input type="checkbox"/> Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil; <input type="checkbox"/> Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar; <input type="checkbox"/> Estadiômetro ou fita métrica <input type="checkbox"/> Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; <input type="checkbox"/> Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva; <input type="checkbox"/> Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia; <input type="checkbox"/> Incubadora com parede dupla; <input type="checkbox"/> Incubadora para transporte completa; <input type="checkbox"/> Balança eletrônica portátil;	<input type="checkbox"/> Honorários médicos do plantonista/diarista; <input type="checkbox"/> Pareceres de especialistas; <input type="checkbox"/> Medicamentos; <input type="checkbox"/> Materiais descartáveis ou especiais; <input type="checkbox"/> SADT; <input type="checkbox"/> Gases medicinais <input type="checkbox"/> Hemoderivados; <input type="checkbox"/> Dietas industrializadas (mediante justificativa médica e com autorização prévia pela auditoria).

A internação do RN na UTIN será indicada conforme recomendação clínica definida pela equipe médica e posterior avaliação do auditor in loco.

REGRAS GERAIS

1. É o pagamento do procedimento executado pelo (s) profissional (ais) responsável(is) pelo atendimento do paciente, remunerados conforme a valoração atribuída a cada procedimento coberto pelo PlanSaúde, constante da tabela vigente adotada pelo Plano e acordada com os prestadores, não cabendo nenhum acréscimo de valores aos honorários acordados, seja no atendimento ambulatorial ou hospitalar.
2. Os honorários médicos devidos à internação cirúrgica na modalidade Day Clinic serão pagos conforme o local de atendimento coberto (enfermaria).
3. **Os procedimentos cirúrgicos e anestésicos**, realizados em caráter de urgência/emergência, quando executados das 19:00 às 07:00 horas e em qualquer horário de domingos e feriados oficiais (contados do início da cirurgia), farão jus a um adicional de 30% ao valor de seu porte.
4. Plano paga os honorários nos atendimentos em horários especiais, desde que:
 - a) atendimento requeira de fato realização em horário especial por indicação absoluta da condição do paciente, e não por conveniência da equipe;
 - b) os registros do atendimento estejam em conformidade com o exigido;
 - c) as informações sejam comprobatórias da realização do serviço na sua completude (dados obrigatórios assentados no prontuário do paciente).
5. A confirmação do horário de atendimento deverá ser feita por meio do prontuário do paciente. Em caso de divergências ou na evidência de que o procedimento foi adiado propositalmente, visando o adicional, este não será pago.
6. Não serão acrescidos 30% sobre serviços médicos tais como consultas médicas, visitas hospitalares, plantão em UTI, tratamento conservador de fraturas, S.A.D.T. (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia) e honorários médicos de cirurgias eletivas.
7. Nas intervenções por diferentes vias de acesso (abdome e tórax, p. ex.) deve ser adicionado ao porte da cirurgia principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
8. Os atos do médico assistente ou de especialistas prestados aos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, independentemente do local de origem do paciente, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário
9. Nos atos cirúrgicos os valores atribuídos a cada procedimento incluem os cuidados pré e pós-operatórios durante todo o tempo de permanência do paciente no hospital até 10 (dez) dias após a cirurgia, não cabendo a cobrança de honorários médicos. Esgotado este prazo, os honorários médicos serão pagos na forma de Visita Hospitalar ao Paciente Internado.
10. Da mesma forma não serão pagas, os curativos cirúrgicos realizados pelo cirurgião, bem como a retirada de pontos, dentro do prazo acima referido.

11. Novos procedimentos cirúrgicos neste prazo, não relacionados ao primeiro, serão remunerados conforme tabela.
12. Caso o paciente receba alta hospitalar e seja indicada re-operação para tratamento da mesma morbidade que gerou a internação anterior, antes de completados os dez dias de pós-operatório da primeira cirurgia, a equipe deverá ser remunerada.
13. Não será pago a visita hospitalar na data da alta do paciente, a não ser em casos óbito, alta a pedido (registrada e assinada pelo paciente ou responsável, e anexada à conta hospitalar) ou transferência para outro hospital.
14. Quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de o cirurgião **atuar em vários órgãos**, regiões ou em múltiplas estruturas articulares, a partir **da mesma via de acesso**, o honorário da cirurgia será o que corresponde, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do valor deste para cada um dos demais atos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto (código agregador), a modelo dos exemplos a seguir.
 - a) **Histerectomia Total com Anexectomia uni ou bilateral abdominal** (3.13.03.12-9, **código agregador**) pode englobar os procedimentos **Histerectomia Total** (3.13.03.10-2) + Salpingectomia (3.13.04.04-4) e Ooforectomia (3.13.05.01-6);
 - b) Sutura de extensos ferimentos com ou sem desbridamento 3.01.01.78-6 + Desbridamento cirúrgico – por unidade topográfica (UT)3.01.01.28-0
15. Cirurgias múltiplas por diferentes vias de acesso: 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.
16. Cirurgias bilaterais: Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).
17. Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, o pagamento será feito a cada uma das equipes de acordo com o valor do porte previsto para o procedimento que cada qual realizou.
18. Ato integrante de outro: Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal. Vias de acesso não são pagas.
19. Nas cirurgias pediátricas realizadas em recém-nascido com peso inferior a 2,500g, fica previsto acréscimo de 100% sobre o valor do procedimento realizado.
20. Nos casos cirúrgicos quando se fizer necessário o acompanhamento ou assistência de outro especialista, seus honorários serão pagos de acordo com o atendimento prestado no valor previsto na tabela negociada vigente (monitorização neurofisiológica, p. ex.). O acompanhamento por clínico deverá ser justificado e necessariamente autorizado pela regulação médica.
21. Para o tratamento clínico em regime de internação, os honorários serão equivalentes aos de uma visita hospitalar.

22. Quando o quadro do paciente clínico ou cirúrgico necessitar de acompanhamento por mais de um profissional, de especialidades diferentes, se paga Visita Hospitalar especializada, desde que esteja registrada no prontuário e verificada pelo auditor.
23. Na terapia transfusional os honorários são pagos ao médico hemoterapeuta por cada unidade hemoterápica aplicada/retirada, desde que comprovada sua participação com registro no prontuário do paciente. O ato médico refere-se à instalação, no paciente, do sangue e ou de seus hemocomponentes, sob a responsabilidade deste especialista.
24. A remuneração de honorários médicos pela realização de procedimentos em pacientes em tratamento sob regime de internação (cirurgias, visitas hospitalares, plantões em UTI, pareceres, e demais cabíveis) só poderá ser realizada através da geração, pelo prestador, no sistema informatizado da guia de honorários médicos.
25. As guias de cobrança de honorários deverão ser entregues na Central de Regulação do PlanSaúde, juntamente com a produção mensal para fins de auditoria.
26. Não cabe cobrança de honorários para a primeira imobilização gessada nos procedimentos cirúrgicos ortopédicos e traumatológicos. A exceção é para a primeira imobilização em tratamento clínico (entorses, contusões e distensões musculares, p. ex.).
27. Se houver a indicação para colocação simultânea de mais de um aparelho gessado, os honorários médicos para o primeiro correspondem a 100% do valor do seu porte. Para os demais, 70% daquele valor.
28. Não cabe a cobrança de honorários para troca de aparelho gessado realizada em ato posterior, porque a mesma está inclusa no valor do porte do novo procedimento realizado.
29. Nos procedimentos radiológicos o pagamento dos honorários previstos cabe somente ao profissional especializado, o radiologista, com comprovação de residência médica ou título de especialista.
30. No caso de parto múltiplo, o atendimento ao recém-nascido, para efeito de valoração, será considerado individualmente.
31. Quando realizado angiografia diagnóstica ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto:
 - a) Se a atuação se deu em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a valoração do radiologista corresponde, 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.
 - b) Se ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte do procedimento considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.
 - c) Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

32. Procedimentos de Fisiatria deverão ser realizados exclusivamente por médicos fisiatras, com comprovação ao Plano de sua titularidade (título de especialista), devendo a cobrança dos honorários relativos a esta assistência ser efetuada mediante lançamento, na guia de serviços, dos códigos específicos para estes profissionais.
33. Os honorários pagos pelo atendimento ao queimado dão-se segundo a Unidade Topográfica-UT tratada. Por UT entende-se o segmento do corpo delimitado por uma área aproximada de 9% de superfície corpórea, que no corpo humano são em número de 11 (onze), ou seja: cabeça e pescoço; cada um dos membros superiores; face anterior do tórax; face posterior do tórax; abdome; nádegas (da cintura à raiz da coxa); cada uma das coxas e cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT, à parte, de 1%.

Sobre os honorários para PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR VÍDEO: Verificar a cobertura contratual e a autorização emitida.

34. Os honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos realizados por vídeo são pagos de acordo com a tabela vigente do PlanSaúde, sem incidência de acréscimos, estando sujeitos às condições gerais de internação.
35. Quando um ato cirúrgico por vídeo laparoscopia for convertido para técnica convencional, os honorários corresponderão ao porte do procedimento realizado de forma convencional.
36. Quando um ato cirúrgico por videolaparoscopia diagnóstica for convertido para cirúrgica, paga-se os honorários correspondentes a última.

11.5.5 HONORÁRIOS DE AUXÍLIO CIRÚRGICO

Para os honorários de auxílio cirúrgico, cabem as seguintes regras gerais:

1. Honorários dos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos: Deverão ser pagos se efetivamente prestarem o serviço, sendo que o pagamento pelos serviços prestados poderá ser feito de forma independente dos honorários do cirurgião principal (temporalidade). São fixados nas seguintes proporções:
 - a) primeiro auxiliar - 30% do ato cirúrgico praticado pelo cirurgião;
 - b) segundo e terceiro auxiliares - 20%, quando o ato exigir.
2. Quando for realizado mais de um procedimento cirúrgico, os auxiliares serão remunerados de acordo com os auxílios previstos para cada ato cirúrgico, em conformidade com os procedimentos dos quais, comprovadamente, participarem.
3. Quando forem realizadas cirurgias distintas, porém com auxiliares comuns, a remuneração dos auxiliares seguirá o estabelecido nas regras para atuação em vários órgãos pela mesma via de acesso ou por vias diferentes.
4. 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. A constatação da participação de auxiliares deverá ser realizada por meio da descrição sumária e assinatura nos documentos de registro do ato cirúrgico tais como

Descrição de Cirurgia, Ficha de Anestesia e Relatório de Sala. Havendo ausência ou divergências, inclusive com outra caligrafia, os honorários não deverão ser pagos. Somente serão pagos os auxiliares que prestarem efetivamente o serviço.

6. O PLANSÁUDE pagará taxa única de instrumentação cirúrgica por procedimento realizado, O pagamento se dará dentro da conta hospitalar onde foi realizado o procedimento, não cabendo nenhuma cobrança extra ao beneficiário.

7. Constitui dolo a cobrança de auxílio cirúrgico sem a presença do(s) auxiliar(es) (Código de Ética Médica).

11.5.6 HONORÁRIOS DO INTENSIVISTA PLANTONISTA E DIARISTA DE UTI:

Para os honorários do intensivista plantonista e diarista de UTI, cabem as seguintes regras gerais:

1. UTI é uma **acomodação coletiva** especializada no atendimento de pacientes graves e clinicamente requerendo cuidados de terapia intensiva, com assistência médica permanente.
2. Os honorários de plantonista de UTI devem ser pagos com base na acomodação coletiva de UTI e não poderão ser complementados, independentemente de ser o paciente originário de enfermaria, apartamento ou de acesso direto.
3. Os honorários dos médicos intensivistas plantonista de UTI serão pagos por plantão de 12 horas corridas, e por paciente, de acordo com os valores da tabela de honorários vigentes, independente do plano do usuário.
4. Quando a modalidade de pagamento das diárias for GLOBAL, já está incluso o honorário do plantonista e diarista, não cabendo cobrança em separado.
5. Os procedimentos por ele realizados (intubação, cardioversão, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, punção venosa tipo intracath) estão inclusos em seus honorários. Por outro lado, não estão inclusos nos honorários do plantonista, procedimentos tais como diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso e traqueostomia, que serão valorados à parte, de acordo com a tabela vigente, para o profissional que os realizou.
6. atendimento do intensivista diarista (não plantonista), quando comprovadamente houver, será remunerado por dia (a cada 24h) e por paciente, desde que efetivamente realizado e registrado no prontuário do paciente.
7. Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como Visita Hospitalar e Parecer de Especialista, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.
8. Os atos do médico assistente (cobrado no código de visita) ou de especialista (cobrado no código da especialidade) nos pacientes internados na UTI, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados como acomodação coletiva, considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário e autorizados pelo médico auditor.

11.5.7 HONORÁRIOS DO ANESTESISTA

Para os honorários do anestesista cabem as seguintes regras:

1. A consulta de anestesia compreende a avaliação pré-anestésica antes da admissão do paciente na unidade hospitalar, incluindo as principais ferramentas/etapas do diagnóstico clínico – anamnese e exame físico, podendo ser auxiliados pelos exames complementares, o que exclui a visita pré-anestésica imediatamente à execução da anestesia (paciente já internado).
2. Quando for solicitada ou necessária consulta com o anesthesiologista, previamente à internação, em consultório próprio ou em consultório de clínica, destinado a este profissional, o anestesista fará jus à remuneração equivalente a uma consulta clínica no valor vigente do PlanSaúde. Será necessária a autorização prévia da Regulação do PlanSaúde, por meio do seu médico regulador, e a consulta obedecerá aos mesmos trâmites para realização e cobrança, e será paga no valor da tabela vigente do PlanSaúde.
3. Os honorários do anestesista mantêm correspondência com os proporcionalidade dos atos cirúrgicos (pequeno, médio e grande porte, segundo o risco cardiológico, ou seja, quanto a probabilidade de perda de fluido e sangue durante sua realização e, também, em relação ao tempo de duração do ato cirúrgico).
4. 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, instalações de controles e equipamentos necessários à anestesia e administração de drogas, encerrando-se com a recuperação dos parâmetros vitais, exceto nos casos que o paciente tenha indicação de seguimento em UTI.
5. Os valores negociados e atribuídos aos atos do anesthesiologista por meio dos portes de referência dizem respeito, exclusivamente, à intervenção pessoal deste especialista, livre de quaisquer despesas, mesmo aquelas referentes a agentes anestésicos, analgésicos, drogas, materiais descartáveis, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, cal sodada, oxigênio, etc... empregados na realização do ato anestésico.
6. Na valoração dos portes de referência para o anestesista estão inclusos a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anesthesiologista, por indicação do cirurgião, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, tanto em regime de internação como ambulatorial. Nos casos não previstos é necessária a autorização prévia do PlanSaúde.
7. Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0 e nos Procedimentos Clínicos Hospitalares, a remuneração deste especialista será equivalente ao Porte 3, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário, do ato anestésico.
8. A utilização de anestesia loco-regional com ou sem sedação e de anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida nas cirurgias de pequeno e médio porte, deverão ser realizadas sempre com retaguarda hospitalar;
9. Para os atos anestésicos em caso de cirurgia bilateral, para o lado contralateral, os honorários médicos corresponderão a 50% do valor do procedimento.
10. 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 anestesiolgista será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.

11. Quando a mesma equipe ou grupos diversos realizarem durante o mesmo ato anestésico procedimentos diagnósticos ou terapêuticos ou procedimentos cirúrgicos diferentes ATRAVÉS DE OUTRAS INCISÕES (exceto aquela complementar do ato principal) ou outros orifícios naturais, os portes relativos aos atos do anestesiolgista serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.
12. Quando for aplicada a sedação do paciente para realização de procedimentos que não possuem porte anestésico deverá haver a justificativa técnica para a realização da mesma.

11.5.8 SOBRE A COBRANÇA DE ANESTESIA EM PROCEDIMENTOS PREVISTO NA TPPS

13. A cobrança deverá ocorrer mediante a geração da guia de honorários médicos no sistema informatizado do PlanSaúde.
14. A geração da guia de honorários poderá ocorrer a partir da informação do número da guia de internação hospitalar ou da guia de honorários do anestesista.
15. O prestador hospitalar deverá entregar ao anestesista, para fins de cobrança, a guia de honorários deste, gerada juntamente com a guia de internação (número comum), juntamente com o boletim anestésico. Estes documentos deverão ser entregues pelo anestesista no Órgão que representa a especialidade (cooperativa, associação, ...), para fins de cobrança.
16. Nos procedimentos previamente autorizados pela Central de Regulação do PlanSaúde é fornecida a guia de internação e a guia de honorários do anestesista.
17. O órgão que representa a especialidade deverá entrar no sistema informatizado do PlanSaúde e realizar a confirmação do procedimento. Esse tipo de procedimento será pago mediante a auditoria do procedimento confirmado.
18. Caso a guia do honorário do anestesista não seja gerada automaticamente durante uma internação, o que pode ocorrer em procedimentos não eletivos, o órgão que representa a especialidade fará o acesso no sistema informatizado do PlanSaúde, para gerar a guia de honorários individuais, e registrar a cobrança.
19. Somente procedimentos autorizados na guia de solicitação de internação poderão ter os honorários gerados, na guia de acompanhamento anestésico. Portanto, eventual divergência entre a fatura de cobrança do órgão que representa a especialidade com o boletim de anestesia e a guia gerada no sistema informatizado, poderão gerar diferença no pagamento, uma vez que o sistema informatizado realiza o faturamento eletrônico a partir da guia que nele está.
20. Não será acatada a cópia da guia do procedimento para fins de cobrança do acompanhamento anestésico.
21. A guia de acompanhamento anestésico possui a numeração subsequente a guia do procedimento, logo, caso o anestesista receba por engano a guia do procedimento, para gerar a guia de honorário basta utilizar a numeração subsequente à guia do procedimento.

22. Cirurgias de pequeno e médio porte, sob anestesia loco-regional, com ou sem sedação, e anestesia geral com agentes anestésicos de eliminação rápida, sempre com retaguarda hospitalar;
23. O pagamento dos honorários do anestesista será valorado segundo os critérios constantes da Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, e a cobrança dos honorários deverá ocorrer exclusivamente em guias de acompanhamento anestésico, com os códigos referidos.
24. Em relação aos valores dos portes de anestesia pagos pelo PlanSaúde, são estabelecidas as regras a seguir:
- O PlanSaúde pagará, mensalmente, ao órgão que representa a especialidade, pelos serviços efetivamente prestados, os valores unitários de cada procedimento, conforme Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, com o referido órgão e editado pelo PlanSaúde.
 - Na Tabela estão referidos os procedimentos que NÃO PREVEEM A PARTICIPAÇÃO do anesthesiologista.

11.5.9 SOBRE A COBRANÇA DE ANESTESIA EM PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTO NA TPPS.

25. Em relação aos valores dos acompanhamentos anestésicos para os procedimentos para os quais não há previsão de participação do anestesista, o PlanSaúde pagará, mensalmente, ao Órgão que representa a especialidade pelos serviços efetivamente prestados, nos códigos unitários constantes da tabela a seguir.

Quadro 23: Honorários de acompanhamento anestésico para realização de procedimentos que não possuem previsão da participação do anestesista (Porte Anestésico - PoA)

Porte	Procedimentos
Acompanhamento Anestésico - PoA 1	Anestesia nos procedimentos clínicos hospitalares.
Acompanhamento Anestésico - PoA 2	Raios X, Ultrassonografia, Tomografia computadorizada, Endoscopia diagnóstica
Acompanhamento Anestésico - PoA 3	Ressonância magnética, Endoscopia intervencionista, Angiorradiologia
Acompanhamento Anestésico - PoA 3	Anestesia realizada pelo anesthesiologista em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos ou para as situações de imperativo clínico

26. Os procedimentos para os quais não existe previsão de acompanhamento anestésico na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS deverão ter este acompanhamento previamente solicitado pelo médico assistente e solicitante do procedimento, e autorizado pelo Plano.
27. Quando houver necessidade do concurso de anesthesiologista em atos médicos que não tenham suas medidas especialmente previstas na classificação de honorários médicos referência/ Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecimento para o PoA 3.
28. Cabe ao anesthesista verificar antes de realizar o procedimento para o qual não há previsão de participação do anesthesista, se o acompanhamento anestésico foi

autorizado ou não, porque somente os autorizados através da guia de acompanhamento anestésico poderão ser pagos.

11.6 INTERNAÇÃO EM UTI

1. Toda internação em UTI exige autorização, inclusive as oriundas do atendimento de urgência/emergência, para as quais a solicitação deve ser concomitante à internação do paciente neste ambiente hospitalar.
2. Em caso de internação de emergência ou em UTI – a autorização deverá ocorrer no máximo em 12 horas do primeiro dia útil a partir da data do atendimento, sendo que o primeiro dia útil começa a partir das 08 hs.
1. A solicitação deverá ser dirigida para a Central de Regulação do PlanSaúde 24/7, e será tecnicamente avaliada quanto à indicação e pertinência.
2. Quando houver troca de acomodação de enfermaria para UTI, a mesma dar-se-á mediante solicitação/autorização da Central de Regulação do PlanSaúde 24/7.

11.7 PROCEDIMENTOS

REGRAS GERAIS

1. Os procedimentos cobertos pelo PlanSaúde para o tratamento em regime de internação encontram-se listados no Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, vigente, com codificada.
2. A solicitação de qualquer procedimento coberto pelo PlanSaúde para realização em regime de internação deverá basear-se em dados clínicos consistentes, apoiados em resultados de exames complementares que os corroborem e na real necessidade do tratamento do paciente neste regime.
3. Todo procedimento deverá ser solicitado em documento padronizado, a Guia de Solicitação de Internação disponível para download nos sites referido no item IV, deste, Canais de Atendimento, contendo todas as informações solicitadas e legíveis, destacando a descrição clara e objetiva do quadro clínico (sinais e sintomas), resultado de exames complementares realizados e outros aplicáveis, que corroborem o diagnóstico ou hipótese diagnóstica.
4. Todo procedimento eletivo solicitado deverá estar preferencialmente relacionado à especialidade do médico assistente do paciente.
5. Os procedimentos clínicos ou cirúrgicos de CARÁTER ELETIVO também solicitados no formulário padronizado, serão submetidos à equipe de regulação da Central de Regulação do PlanSaúde. O beneficiário deverá ser orientado a procurar esta Central com a solicitação, laudos, relatórios e resultados de exames complementares, para realização do processo regulatório pré-autorização, que pode incluir perícia presencial. A solicitação tem a validade de 60 (sessenta) dias a partir da data em que foi solicitado o procedimento, para serem ou não autorizados.
6. Em sendo o procedimento autorizado, a Central de Regulação confirma a autorização.

7. Para realização de procedimento em paciente oriundo do atendimento de urgência/emergência a solicitação da internação/ procedimento(s) deverá ser solicitado na Guia de Solicitação de Internação e dirigida para a

Central de Regulação do PlanSaúde 24 horas, no sistema eletrônico do PlanSaúde.

8. As solicitações, independentemente do tipo de internação (clínica, cirúrgica, eletiva ou de urgência) e do ambiente hospitalar em que o paciente será acomodado (enfermaria ou UTI), serão submetidas à análise técnica do setor de regulação do PlanSaúde, conforme quadro 19.
9. A autorização do procedimento não dispensa auditoria pré-pagamento (contas médicas), com base nos documentos de atendimento, quando da cobrança da conta hospitalar.
10. As orientações gerais em procedimentos cirúrgicos compreendem regras e parâmetros aplicáveis aos atos cirúrgicos em geral, independentes da especialidade.
11. **Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização.** A exceção se dá para os casos de entorses, contusões e distensões musculares, quando a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.
12. Havendo necessidade de troca de aparelho gessado em ato posterior para o procedimento que foi já realizado, deverá ser feita a solicitação prévia, com justificativa da sua necessidade, cabendo ao médico o pagamento pela troca (honorários), obedecidos os valores da Tabela vigente. Materiais e medicamentos cabíveis e taxas negociadas serão pagos à parte.
13. Nos casos de colocação simultânea de mais de um aparelho gessado, os honorários médicos para o primeiro correspondem a 100% do seu valor e, para os demais, 70% daquele.
14. A ressecção transuretral é o procedimento padrão para diagnóstico, estadiamento e tratamento dos tumores superficiais de bexiga urinária, também sendo utilizada nas lesões infiltrativas de diagnóstico inicial ou baixo grau. Já a utilização de foto coagulação a laser tem indicações bastante limitadas e não está respaldada como tratamento primário na literatura especializada (diretrizes). Para sua autorização necessita de justificativa com embasamento bibliográfico.
15. Para lesões benignas, o tratamento pertinente é a ressecção de pólipos vesicais, ressecção cirúrgica ou endoscópica, que deverão ser objeto de comprovação através de exame anatomopatológico.

11.8 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)

Os exames auxiliares de diagnose e terapia têm como finalidade a comprovação de um diagnóstico/hipótese diagnóstica, fundamentada na avaliação clínica do paciente (complementares ao raciocínio clínico e não uma forma de diagnóstico) ou podem ser utilizados para identificar determinada patologia.

A solicitação dos exames deverá estar subordinada a um objetivo clínico (indicação), o formulário ser devidamente preenchido com os dados do paciente e, preferencialmente, solicitado na ordem do mais simples ao mais complexo, de menor para maior risco.

O profissional deverá justificar a indicação, através de relatório técnico (guia de solicitação de exames), para fins de análise e autorização da Central de Regulação do PlanSaúde.

Tanto a validade da solicitação do médico assistente, quanto a validade para a realização do exame é de 60 (sessenta) dias, a contar da data da solicitação, e a validade para a realização do exame é de 30 (trinta) dias, a contar da data da autorização.

REGRAS GERAIS

1. Todo exame para paciente internado deverá ser solicitado pelo médico que o atende de forma contínua (médico assistente clínico ou cirurgião) ou de forma provisória/complementar (especialistas, intensivistas, urgentista...).
2. Em qualquer solicitação de exame o médico deverá justificar a indicação, através de relatório técnico, para análise e autorização dos médicos reguladores, preenchendo a Guia de Solicitação de Exames na sua completude e de forma legível.
3. Todos os exames de medicina laboratorial, imagem e métodos gráficos solicitados devem ter indicações claras, de modo a permitir avaliar a real necessidade do exame.
4. Em relação à frequência de realização de um mesmo exame (s), e independentemente do local de acomodação do paciente (enfermaria ou UTI), a repetição dos mesmos somente terá a cobrança diária acatada, se guardar uma estreita relação com a morbidade e condição clínica do paciente. A frequência mínima esperada para repetição de exames de rotina é a cada 02 (dois) dias, e as excessões deverão ser avaliadas pelo auditor in loco.
5. Todos os exames para a realização em paciente internado deverão ser lançados no sistema eletrônico do PlanSaúde, ficando sujeitos à regulação, para fins de autorização ou não.
6. **Não se paga taxa de sala para realização de exames de Raios X, US, TC, RM.** A exceção é para a radiologia intervencionista, desde que o pagamento ocorra em conta aberta. Se for por meio de pacote, a taxa está inclusa neste.
7. Para a realização da radiologia intervencionista não serão aceitos outros profissionais que não tenham residência médica e, ou, título de especialista em radiologia intervencionista. Todo o corpo clínico da empresa de serviços auxiliares de diagnóstico, deverá ser informado com os respectivos currículos para serem cadastrados pelo PlanSaúde.
8. A avaliação do frênulo lingual (testes da linguinha) e da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) não são remunerados pelo PlanSaúde tendo em vista que fazem parte da rotina de avaliação do recém-nascido realizada pelo neonatologista/pediatra assistente.
9. Quando houver necessidade da participação de anestesiológico em procedimentos em que não há obrigatoriamente o concurso do anestesista/previsão na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS, esta deverá ser solicitada ao Plano pelo médico assistente, devidamente justificada (autorização prévia), sem que o que estará sujeita a glosa.
10. São indicações de solicitação de suporte anestésico para exames de imagem, em paciente internado:

- a) menores de idade
 - b) maiores de 60 anos
 - c) pacientes com alergia a iodo, devidamente comprovados por teste alérgico, quando for utilizar contraste iodado, não se refere ao contraste paramagnético e contraste não iodado.
 - d) pacientes com claustrofobia, devidamente comprovados por laudo psiquiátrico.
 - e) pacientes com necessidades especiais.
 - f) Os casos não previstos nos itens anteriores, podem ser realizados, desde que solicitados ao Plano, pelo médico assistente, devidamente justificado e com autorização prévia do PLANSAÚDE, sem a qual estará sujeita a glosa.
11. Nos atos médicos que não tenham honorários especialmente previstos para o anestesista, inclusive nos de Porte 0, a remuneração deste especialista será equivalente ao Porte 3 de acordo com a parametrização na Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS acordado com o Órgão que representa a especialidade, só uma vez, desde que devidamente solicitado e justificado pelo médico assistente e com registro no prontuário do ato anestésico.
12. Para os procedimentos diagnósticos múltiplos, realizados em um único evento, os atos médicos praticados pelo anesthesiologista, quando devidamente autorizado, serão pagos pela quantidade de procedimentos, ou seja, 100% para o 1º e 50% do valor daquele para os demais.
13. A guia de acompanhamento anestésico em paciente internado somente poderá ser confirmada pelo Órgão que representa a especialidade.
14. Nos exames que necessitem de utilização de contraste, este será remunerado de acordo com os valores vigentes.

11.9 MEDICAMENTOS

1. O pagamento dos medicamentos está subordinado à pertinência da indicação, efetiva administração e fracionamento, quando se aplicar. Os medicamentos a serem utilizados deverão ser, preferencialmente, os genéricos, conforme portaria do Ministério de Saúde/ANVISA.
2. Regras para cobrança do valor de medicamentos:
 - a) Os medicamentos serão pagos pelo valor da tabela vigente do PlanSaúde.
 - b) No caso de utilização de medicamento de marca, quando houver o genérico do mesmo, será pago o valor do medicamento genérico.
 - c) Na ausência do genérico, e somente nesta circunstância, será pago o medicamento de marca, da competência do atendimento realizado, tendo como referência o Brasíndice, preço de fábrica.
3. O PLANSAÚDE utilizará como base a revista BRASÍNDICE 946 para formar sua tabela própria que a partir da implantação deste será denominada TPPS, e terá reajuste anual, conforme cláusula contratual, e terá as seguintes regras:

- a) Os medicamentos serão pagos conforme BRAÍNDICE 946 que será transformada em tabela própria do PLANSAÚDE, com a seguinte formatação:
 - b) Será adotado PMC, caso não tenha PMC será pago PF acrescido de 18%;
 - c) Quando o medicamento não estiver contemplado na Revista versão 946, será pago valor de Nota Fiscal acrescido de 18%, e ao final de cada ano será atualizada a tabela e incluindo novos medicamentos pagos com nota no decorrer do ano.
4. Os medicamentos utilizados deverão ser relacionados na fatura constando a marca, o fabricante, a concentração e outros dados inerentes ao produto.
 5. Toda e qualquer medicação será paga por dose unitária e de forma fracionada, sempre que possível.
 6. Quando o valor unitário do medicamento for igual ou maior que R\$300,00 (trezentos) reais é necessária solicitação/autorização.
 7. Para medicamentos excepcionais e de alto custo, em especial, a prescrição deve estar fundamentada em uma questão concreta e na fundamentação da indicação, da efetividade e do benefício ao paciente.
 8. Para fins de cobrança e pagamento dos medicamentos considerados de alto custo, o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação autorizado pelo médico auditor, e anexar uma cópia ao prontuário do paciente.
 9. Em havendo cobrança em duplicidade de um mesmo agente terapêutico ou de um mesmo medicamento, que ora esteja sendo utilizado com o nome farmacológico ora com o nome comercial, será pago o de menor valor.

11.10 MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS DE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

1. A utilização de medicamentos excepcionais está condicionada a autorização prévia do PlanSaúde. A solicitação deverá ser feita pelo médico assistente, com a justificativa detalhada para avaliação técnica da autorização.
2. A autorização, nos casos eletivos será feita, preferencialmente, pelo médico regulador da Central de Regulação do Saúde ou pelo médico auditor in loco, em casos excepcionais. A autorização deverá ser anexada ao documento de cobrança, para fins de pagamento. Medicamentos não autorizados e cobrados, sofrerão glosa total, sem recurso.

11.11 MATERIAIS

11.11.1 DESCARTÁVEIS/ESPECIAIS

1. A utilização de materiais deve estar relacionada à pertinência das indicações; prescrição (adequação da quantidade); o fracionamento, com base na quantidade de reuso que o material propicia; a real utilização; os benefícios, resultados e efetividade.
2. A utilização de materiais especiais deverá estar relacionada à pertinência da indicação médica e o benefício do paciente, guardando compatibilidade entre o material

utilizado e o procedimento, bem como, o limite para as quantidades estabelecidas de cada produto.

3. Para materiais especiais e de alto custo, particularmente, o uso deve estar fundamentado em uma questão concreta, e é imprescindível a indicação correta, o benefício ao paciente e a efetividade.
4. Os materiais especiais (seringas, transfusos especiais, equipos, extensores, bombas de infusão etc.), necessários para a administração de medicamentos especiais deverão ter sua indicação e justificativa comprovada por meio de bulas ou protocolos reconhecidos por entidades da área de saúde.
5. Para determinados materiais (despesa não médica) existe uma relação estreita com determinados medicamentos, daí a necessidade de esta correlação estar adequada. A título de exemplo:
 - a) Equipos: medicação utilizada v.s. equipos fotossensíveis;
 - b) Luvas: No centro cirúrgico, luvas cirúrgicas v.s. número de profissionais que participam do ato cirúrgico;
 - c) Seringas, cateteres e torneirinhas: Seringa cobrada que já inclui agulha utilizada; uso de agulha em medicações apresentadas em frasco ampola, infiltrações e / ou anestésias locais; uso de torneirinhas v.s. prescrição de múltiplas medicações ou soros.
 - d) Rotina de troca periódica de materiais descartáveis nos principais procedimentos hospitalares v.s. recomendação da Anvisa e fabricante.
 - e) Quantidade(s) cobrada(s) compatíveis v.s. utilizados.
6. Os materiais descartáveis serão pagos de acordo com a tabela do PLANSAÚDE que utilizará como base a SIMPRO do dia 14/04/2020, não sendo permitido nenhum acréscimo a esse valor.
7. Os materiais hospitalares que não estiverem contidos na Tabela SIMPRO do dia 14/04/2020, serão pagos o valor da nota fiscal, acrescidos de 20%.
8. A inclusão de novos materiais descartáveis/especiais deverá ser negociada previamente, por ambas as partes. Materiais não autorizados e cobrados, sofrerão glosa total, sem recurso.
9. Para materiais com valor unitário a partir de R\$300,00 é necessária a solicitação e a autorização prévia do médico do médico regulador da Central de Regulação do Saúde, preferencialmente, ou pelo médico hospitalar auditor in loco, em casos excepcionais. O prestador deve encaminhar, para fins de cobrança, o original da solicitação/autorização e anexar uma cópia ao prontuário médico.
10. O fracionamento e reuso de materiais obedece ao disposto na RDC ANVISA vigente. Os materiais que permitem reuso serão pagos sempre 1/3 do seu valor total. Esta regra também se aplica a materiais abertos, não utilizados durante o procedimento e mau uso, quando permitido o seu reuso.
11. Deve ser comprovado o produto utilizado, quanto ao tipo e marca, que deve estar compatíveis com a cobrança efetuada.

12. Nos casos de utilização de materiais de uso médico descartável com reprocessamento proibido ou passíveis de reprocessamento, o prestador deverá fazer constar do prontuário do paciente, os seguintes itens:
13. o relatório cirúrgico ou laudo de exame com descrição de todos os itens utilizados no ato médico, devidamente identificado com os dados do paciente, data de realização do procedimento e identificação dos profissionais médicos integrantes da equipe;
14. os rótulos/embalagens/selo/códigos de barras de todos os materiais utilizados com nome ou modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto, número do lote e número de registro na ANVISA e compatíveis com os da nota fiscal pertinente.
15. a nota fiscal de compra do(s) material (is), para os produtos enquadrados como de uso único, de reprocessamento proibido, com a identificação do paciente no qual foi utilizado e com data compatível com a realização do procedimento.
16. O rótulo original de todos os materiais especiais autorizados, utilizados e descritos no relatório cirúrgico ou no laudo do procedimento afixado no prontuário do paciente. Se não constar, ao PlanSaúde é reservado o direito de glosa total do material especial.
17. É totalmente vetado o acréscimo de procedimentos e de materiais especiais autorização. Qualquer alteração de procedimento/material especial, necessitará, obrigatoriamente, de autorização do PlanSaúde. Os não autorizados e cobrados, sofrerão glosa total, sem recurso.
18. Em todos os materiais utilizados obrigatoriamente deverão constar as especificidades do produto, tais como tipo, marca, quantidade, e outros inerentes à cobrança e pagamento.
19. Materiais especiais e de alto custo utilizados durante o ato cirúrgico em caráter de emergência, sem autorização prévia, deverão ser autorizados pelo médico auditor hospitalar ou para o médico regulador da Central de Regulação do PlanSaúde 24/7, impreterivelmente em até 12 horas do primeiro dia útil após a realização do procedimento, que começa a contar a partir das 8 hs da manhã do dia em questão.
20. Os procedimentos complementares de diagnose e tratamento em que são utilizados contrastes, radioisótopos ou outros materiais necessários à sua realização deverão estar descritos, o laudo deverá estar disponível para análise técnica e comprovação do uso do contraste.
21. Para utilizar contraste não iônico a solicitação deverá estar justificada e deverá ser autorizada pelo PlanSaúde.

11.11.2 DE ALTO CUSTO

1. São considerados materiais de alto custo àqueles cujos valores unitários sejam igual ou maior que R\$ 300,00. Para o uso desses materiais é obrigatória a solicitação e autorização prévia do médico auditor hospitalar ou da Central de Regulação do PlanSaúde.
2. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação do material de alto custo original, autorizada, anexando uma cópia do mesmo ao prontuário do paciente.

3. O pagamento está condicionado à comprovação da autorização e nota fiscal do fornecedor, em casos de emergências para os quais não tenha havido cotação previa do PlanSaúde junto a seus fornecedores cadastrados.

11.12 TAXAS HOSPITALARES

1. Constituem cobrança por uso de ambiente hospitalar, serviços prestados ou uso de aparelhagem. As taxas descomprometem o PlanSaúde de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.
2. As taxas hospitalares cobertas pelo PlanSaúde estão discriminadas no item 4.2.7.

11.13 TROCA DE DISPOSITIVOS

1. As recomendações para a periodicidade de troca de dispositivos devem obedecer às normas da Anvisa.
2. Para fins de cobrança e pagamento a substituição adequada dos dispositivos deve conter a identificação com o nome do profissional, a data e a hora da inserção/installação/troca, o tipo e o calibre do dispositivo, e data e hora da troca.
3. Todas as informações ou intercorrências sobre os dispositivos devem ser anotadas em relatório de enfermagem, no prontuário do paciente.

11.14 GASES MEDICINAIS

1. Gasoterapia consiste no processo de aplicação de gases medicinais e assistência ventilatória, ou seja, a administração via máscara, cateter nasal ou intubação, para pacientes portadores de déficit de oxigenação, sob anestesia ou em procedimentos.
2. Os gases medicinais serão cobrados por minuto.
3. A cobertura para gases medicinais se dá na seguinte forma:

Quadro 24: Gases medicinais cobertos pelo PlanSaúde por tipo e uso

DESCRIÇÃO	Cobrança por
Oxigênio (independente da via de administração)	Minuto
Oxigênio p/hora de 72 até 96 horas	Minuto
Oxigênio p/hora a partir de 96 horas	Minuto
Ar comprimido	Minuto
Gás carbônico	Minuto
Protóxido de azoto	Minuto

REGRAS GERAIS

1. A cobrança e o pagamento dos gases medicinais se dão por hora/uso, mediante comprovação efetiva da indicação (prescrição médica), registro da utilização no

documento de atendimento (prontuário, ficha anestésica ou outros), data e horário do início e término da aplicação dos mesmos registrado pelo profissional de enfermagem e evoluído no prontuário.

2. Na utilização por hora de gasoterapia nenhuma outra cobrança poderá ser adicionada, visto que estes valores já estão embutidos em seus custos (perda de gás pela tubulação, aquecimentos, manutenção de seus reservatórios – bala e, ou, central – válvulas de pressão, borracha de látex para inalações e, ou quaisquer outras conexões, etc.).
3. Para o ar comprimido caberá pagamento para respirador volumétrico. Quando o ar comprimido for utilizado em concomitância com o O₂ (mistura de gases), o PlanSaúde paga 100% do valor do primeiro (oxigênio) e 50% do valor do ar comprimido.
4. Em relação ao gás carbônico, utilizado em centro cirúrgico, cabe pagamento nas cirurgias vídeo laparoscópicas, pago por minuto.
5. Cabe a cobrança de O₂ por cateter/h/minuto, simultâneo com O₂ respirador /h/minuto, somente com justificativa do médico assistente e validado pelo médico auditor do PLANSAÚDE.
6. Nenhum componente novo em gasoterapia poderá ser cobrado ao PlanSaúde, sem prévia negociação entre as partes.
7. Gás para nebulização: Preferencialmente deve ser utilizado o ar comprimido, podendo também ser feita com o oxigênio, a depender da prescrição médica. Não se paga o O₂ para nebulização quando o paciente já estiver em uso deste gás em respirador, em uso contínuo do gás em cateter nasal, quando associado ao ar comprimido e em uso de qualquer anestésico ou sedativo inalatório, no centro cirúrgico.
8. Oxigênio em cateter nasal: Pode ser utilizado somente O₂, na quantidade prescrita pelo médico e no volume máximo de 5l/min, contínuo.
9. Oxigênio em máscara: pode ser utilizado somente o₂ na quantidade prescrita pelo médico e no volume máximo 10 litros por minuto, contínuo.
10. Oxigênio em respirador: É utilizado o O₂ e em alguns modelos está associado ao ar comprimido. Pode ser utilizado associado a gases inalatórios anestésicos ou gases sedativos (O₂ + protóxido de azoto, O₂ + Nitrogênio, O₂, O₂ + óxido nítrico, etc.).
11. Nebulização: Prescritas pelo médico assistente são pagas por meio da taxa de nebulização, por unidade e segundo o tipo – simples, com ou sem broncodilatadores, com ar comprimido ou com oxigênio e macro nebulização/nebulização contínua (ver item taxa de nebulização, retro).
12. Protóxido de azoto medicinal (N₂O): Usado como um agente anestésico, combinado com agentes hipnóticos, analgésicos e anestésicos, ou não, é cobrado por minuto uso registrado.

11.15 PRÓTESES CIRÚRGICAS E MATERIAIS ESPECIAIS DEFINIÇÕES

Próteses cirúrgicas: artefatos que visam substituir segmentos perdidos, implantados cirurgicamente dentro do corpo, como por exemplo as artroplastias totais ou parciais do quadril (endopróteses).

Síntese: na medicina é utilizada para descrever a reaproximação de bordas teciduais rotas ou incisais. O termo é utilizado com o mesmo sentido, designando o meio (fios metálicos, placas e parafusos, hastes intramedulares, fixadores externos etc.), que mantém fragmentos ósseos estabilizados durante um tratamento (osteosínteses).

Material Especial: Termo empregado para definir materiais e dispositivos utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

11.16 REGRAS GERAIS E ESPECÍFICAS

1. Ao médico regulador do PlanSaúde responsável pela avaliação das solicitações das órteses, Próteses Cirúrgicas ou Materiais Especiais (OPME) cabe:
 - a) avaliar a descrição das OPME, dos equipamentos e dos instrumentais necessários à sua utilização;
 - b) homologar a conformidade técnica (nome básico, composição e peculiaridades, características claras e disponibilidade no mercado).
 - c) Avaliar as especificações quanto ao tamanho, à unidade de medida, à apresentação e à embalagem.
 - d) Avaliar os padrões técnicos com parâmetros mínimos de desempenho e qualidade.
 - e) Realizar a análise de custo e viabilidade econômica, inclusive para a incorporação de novos produtos e tecnologias (se houver), incluindo materiais excedentes ou incompatíveis (se houver).
2. As próteses cirúrgicas deverão obedecer às Normas de Fabricação e Requisitos Essenciais de Segurança e Eficácia de Produtos para a Saúde, estabelecidos pela ANVISA/MS.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

11.17 SOLICITAÇÃO DE OPME

1. A utilização dos produtos exige autorização prévia, quando se tratar de procedimento eletivo.
2. A solicitação de PME é de responsabilidade do médico assistente, seja no atendimento eletivo ou de urgência/emergência, a quem cabe também a prerrogativa de determinar as características do material a ser utilizado, que devem estar tecnicamente justificadas.
3. A solicitação deverá ser feita no formulário próprio do PlanSaúde (Formulário para Solicitação de PME), preenchido na sua completude, com justificativa técnica para a indicação de uso, sendo fundamental ainda o registro de dimensões, material de fabricação, tipo, superfície, método de fixação do implante, quantidade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.
4. Havendo divergência entre o médico solicitante e o PlanSaúde relacionada à indicação clínica ou aos produtos, deve haver um contato telefônico e, ou, eletrônico entre o médico assistente e o médico regulador do PlanSaúde, para esclarecer ou dirimir dúvidas e chegar-se a uma decisão final.
5. Nos procedimentos eletivos, as solicitações das PME deverão ser encaminhadas para a Central de Regulação do PlanSaúde, para a avaliação técnica do médico regulador, para

fins de autorização ou não, e da cotação junto a seus fornecedores. O PlanSaúde tem até 21 (vinte e um) dias úteis para apresentação do resultado para o proponente, tempo em que decorre também a avaliação do procedimento cirúrgico solicitado.

6. Nos casos de urgência e emergência no horário noturno, sábados, domingos e feriados o pedido de autorização deverá ser encaminhado para o médico auditor hospitalar ou para a Central de Regulação do PlanSaúde, para fins de avaliação e autorização, em até 12 horas do primeiro dia útil subsequente a realização dos procedimentos, contados a partir de 8hs da manhã.

7. Do formulário de solicitação deve constar pelo menos 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam as características especificadas, e valor apresentado.

8. Os valores pagos pelas OPME utilizadas corresponderão no máximo 72% (sessenta) do valor das mesmas do preço de fábrica na Tabela Simpro do dia 14/04/2020, tabela essa que será adotado como tabela do PLANSAÚDE, com reajuste anual, conforme contrato.

9. Quando não constar na tabela SIMPRO, os códigos e preços, estes serão pagos pelo valor da nota fiscal acrescido de 18%.

10. Autorizada a solicitação e efetuada a cotação, o documento de solicitação, agora autorizado, será encaminhada ao prestador, eletronicamente e por e-mail.

11. No caso das PME que possuírem conjunto de componentes com tamanhos variados, a solicitação deverá conter informações sobre os diversos tamanhos, bem como o instrumental necessário para o adequado uso (quando couber).

12. A autorização do procedimento não dispensa auditoria pré-pagamento, com base nos relatórios e demais documentos previstos pelo PlanSaúde.

13. A marca e o fabricante indicados pelo prestador não são determinantes da cotação e aquisição da PME, e somente materiais nacionais ou nacionalizados que estiverem de acordo com as normas e liberações vigentes da ANVISA (registro e validação da situação deste tipo de produto) são autorizados pelo PlanSaúde.

14. Todos os atos devem ser documentados a fim de garantir a transparência e a rastreabilidade do processo – descrição do ato cirúrgico, sob a responsabilidade do profissional que realizou o procedimento e registro do consumo de sala.

15. As PME utilizadas devem ser registradas pelo cirurgião que realizou o procedimento, na ficha de descrição cirúrgica, devendo ser anexada também a nota do fornecedor (comunicação de utilização de PME), especificando os produtos utilizados (nome do produto, fabricante, tamanho, quantitativo e a descrição do implante realizado) e, em casos específicos, a justificativa da utilização de material excedente, sendo ainda obrigatória a fixação das etiquetas/selo/código de barra de rastreabilidade, contidas nas embalagens do(s) produto(s), e também o registro da Anvisa, na nota de consumo de sala e na Nota Fiscal.

16. Quando o procedimento tiver indicação de exame de imagem para controle, este deverá ser anexado ao prontuário do paciente, comprovando a efetiva utilização da PME no ato cirúrgico.

17. O PlanSaúde deverá, de acordo com o previsto para o processo de macro controle, efetuar auditoria in loco para verificar a utilização das PME autorizadas, podendo,

inclusive, acompanhar o ato cirúrgico, desde que devidamente comunicado e autorizado pelo médico assistente.

18. Quando a quantidade utilizada for excedente ao previsto, o cirurgião responsável pelo ato cirúrgico deverá justificar o uso e a comprovação da utilização do material excedente, o que será avaliado pelo médico auditor do plano para fins de consideração ou não.
19. OPME com embalagem violada, contaminada ou danificada, não utilizada no ato cirúrgico, o gasto deverá ser registrado no documento de consumo da sala cirúrgica, com justificativa do ocorrido, cabendo o pagamento por parte do PLANSAÚDE após análise do médico auditor.
20. Deverá ser encaminhado ao setor de faturamento do prestador hospitalar o registro de consumo da sala cirúrgica, a descrição cirúrgica, a Nota Fiscal, laudo complementar de materiais especiais e justificativa de uso, quando houver, para o adequado faturamento das PME.
21. pagamento de PME (Próteses e Materiais Especiais) será efetuado na fatura hospitalar, mediante a apresentação de fatura do(s) material(ais), onde devem constar os códigos específicos, acompanhada de Nota Fiscal com a discriminação das PME fornecidas. Quando o fornecedor for o próprio hospital, além da Nota Fiscal deverá vir a autorização do PlanSaúde (orçamento aprovado e tipos de PME autorizadas) e a descrição do ato cirúrgico.
22. Quanto à codificação das OPME, cabe referir:
 - a) Cabe a utilização do código Simpro quando a PME utilizada tiver como referência esta Tabela.
 - b) Caso as PME não constem da Tabela Simpro deverá ser utilizado o código TUSS, até a implantação do código próprio PLANSAÚDE.

11.18 REMOÇÕES

1. A remoção inter-hospitalar (transferência do paciente para outro hospital), em ambulância, com pessoal de enfermagem ou médico, em perímetro urbano será paga no valor negociado pelo PlanSaúde com o serviço informado pelo Plano, para tal.
2. Remoções em ambulância, com equipe de enfermagem ou médica, será paga no valor negociado pelo PLANSAÚDE, conforme table de valores e cobrada pelo prestador em conta hospitalar.

11.19 HEMOTERAPIA / TERAPIA TRANSFUSIONAL

1. Prestação exclusiva, pelo hemocentro do Estado do Tocantins - HEMOTO, de serviços relacionados ao fornecimento de sangue e, ou, seus componentes, aos beneficiários regularmente inscritos na carteira do plano de saúde denominado PLANSAÚDE, conforme o disposto a seguir, na forma estabelecida para os produtos hemoterápicos, incluindo o ciclo completo do processo: recrutamento de doadores, coleta de sangue, análise laboratorial, classificação e processamento do sangue, bem como armazenamento de dados clínicos e laboratoriais dos doadores.

2. O HEMOTO, fornecerá, no âmbito dos serviços exclusivamente hospitalares contratados do PLANSAÚDE o(s) produto (s) hemoterápico (s) solicitado (s) pelo médico assistente, na forma estabelecida e devidamente registrada (s) em documento próprio para tal fim (formulário para solicitação de produtos hemoterápicos), cabendo-lhe:
 - a) Recrutar, selecionar e realizar análise laboratorial dos doadores;
 - b) Realizar a coleta de sangue total ou coleta seletiva de hemocomponente por aférese;
 - c) Analisar e fornecer sangue e componentes necessários ao atendimento de pacientes internados em hospital integrante da rede contratada do Plano, mediante o cumprimento, pelo hospital, de todos os requisitos inerentes à terapia transfusional, em conformidade com as normas de vigilância sanitária, do Ministério da Saúde e do HEMOTO, vigentes sobre a matéria.
3. É obrigatório a anexação no prontuário da solicitação do produto hemoterápico, a sua origem, data e início e término da hemotransfusão.
4. No Anexo 5 deste, está indicada, discriminadamente, a rede hospitalar contratada do Plano, onde poderão ser executados os procedimentos transfusionais, em favor dos beneficiários do PLANSAÚDE, de acordo com as necessidades e a capacidade instalada e operacional do hospital.
5. Caso o hospital possua Agência Transfusional cadastrada no CNES cabe a cobrança e o pagamento ao serviço de medicina laboratorial do hospital ou terceirizado deste, para os seguintes exames, por bolsa solicitada/entregue pelo HEMOTO: Grupo sanguíneo ABO e RH e Pesquisa de anticorpos séricos irregulares antieritrocitários, na bolsa e no receptor. Os demais exames de testagem sanguínea obrigatória estão inclusos no valor total da bolsa, não cabendo pagamento em separado pelo/para o hospital.
6. Se o hospital não possuir Agência Transfusional cadastrada no CNES, cabe ao HEMOTO a cobrança e o recebimento do valor integral de todos os exames de testagem sanguínea.
7. Os valores de pagamento são os estipulados para os procedimentos hemoterápicos acordados entre as partes.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

11.19.1 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA HEMOTERAPIA

1. As solicitações para transfusão de sangue ou hemocomponentes deverão ser feitas no formulário específico Solicitação de Hemocomponentes, disponível nos endereços eletrônicos constante do Item IV Canais de Atendimento, deste, com todos os campos preenchidos, e com justificativa técnica consubstanciada para uso do hemocomponente solicitado.
2. Requisições incompletas, inadequadas, ilegíveis e sem identificação do médico (assinatura legível, Registro no CRM) poderão ser objeto de rejeição pelo HEMOTO.

Os procedimentos de hemotransfusão cobertos são:

- a) 4.04.01.05-7 Aférese para paciente ABO incompatível
- b) 4.04.01.01-4 Transfusão (ato médico ambulatorial ou hospitalar)
- c) 4.04.01.02-2 Transfusão (ato médico de acompanhamento)

d) 4.04.01.04-9 Transfusão fetal intrauterina

e) 4.04.01.03-0 Exsanguíneo transfusão

11.19.2 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA

1. Para Hemácias e Plaquetas

Algumas situações na clínica hemoterápica exigem cuidados adicionais na transfusão dos hemocomponentes. Entre eles a desleucocitação, irradiação, lavagem com solução salina e fenotipagem.

1.1. Componentes Celulares (Hemácias e Plaquetas)

1.1.1 Desleucotizado (Filtro de Leucócitos)

A leucorredução, feita por meio filtro especial e que reduz o número de leucócitos em até 99,99%, é utilizada para concentrado de hemácias e plaquetas e tem como objetivo evitar complicações decorrentes dos efeitos biológicos associados à transfusão de leucócitos alogênicos, devido à exposição do receptor aos leucócitos do doador, quais sejam:

- a) reação transfusional febril não-hemolítica;
- b) Aloimunização e refratariedade à transfusão de plaquetas;
- c) Doença enxerto-versus-hospedeiro;
- d) Transmissão de agentes infecciosos;
- e) Efeitos imunomodulatórios.

A cobertura pelo PlanSaúde dar-se-á para as seguintes indicações:

- a) A partir da 3ª transfusão de hemácias ou plaquetas
- b) Hemoglobinopatias
- c) Anemias hemolíticas hereditárias
- d) História de duas reações febris não-hemolíticas
- e) Síndromes de imunodeficiências congênitas
- f) Transplante de medula óssea
- g) Anemia aplástica
- h) Leucemia mieloide aguda
- i) Doenças onco-hematológicas graves até esclarecimento diagnóstico
- j) Prevenção de Infecção para CMV nas seguintes situações:
 - Paciente HIV positivo com sorologia negativa para CMV
 - Candidato a transplante de órgãos e medula óssea se doador e receptor forem negativos para CMV

- Transfusão intrauterina
- Gestantes com sorologia não-reativa ou desconhecida para CMV
- Recém-nascidos prematuros e de baixo peso (1.200 g) de mães CMV negativas ou com sorologia desconhecida.

1.1.2. Irradiado

A irradiação de hemocomponentes é realizada para prevenir a doença do enxerto versus hospedeiro transfusional (TA-GVHD) e em complicação imunológica usualmente fatal, causada pela enxertia e expansão clonal dos linfócitos do doador em receptores susceptíveis. Objetivando prevenir esta complicação, os hemocomponentes celulares (concentrado de hemácias e de plaquetas) são submetidos à irradiação gama na dose de, pelo menos, 2500 cGy (25 Gy), impossibilitando a multiplicação dos linfócitos.

A cobertura pelo PlanSaúde dar-se-á para as seguintes indicações:

- a) Transfusão intrauterina.
- b) Exsanguíneo-transfusão, obrigatoriamente, quando houver transfusão intrauterina prévia.
- c) Recém-nascidos prematuros (inferior a 28 semanas) ou de baixo peso (1.200g).
- d) Pós transplante com células de cordão umbilical.
- e) Imunodeficiências congênitas graves.
- f) Pós transplante de medula óssea (autólogo ou alogênico), de células progenitoras de sangue periférico, ou até suspensão da imunossupressão/ recuperação medular (linfócitos > 1000) Transplante com células de cordão umbilical.
- g) Pacientes tratados com análogos de purina: fludarabina, cladribine, deoxicoformicina.
- h) Transfusão de hemocomponentes de parentes com doadores, de parentesco de 1º grau (pai, mãe e irmão).
- i) Receptor de transplante de coração ou pulmão.
- j) Em vigência de terapia imunossupressora, nos pacientes portadores de: linfomas, leucemias mieloide aguda, anemia aplástica, sarcoma e neuroblastoma.
- k) Componentes HLA selecionados/específicos, mesmo em imunocomponentes.

1.2.3 Pré-Medicação/Lavagem

É obtida através de lavagens dos hemocomponentes celulares (glóbulos vermelhos e plaquetas) com solução isotônica de cloreto de sódio estéril em quantidade suficiente (1 a 3 litros), com a finalidade de eliminar a maior quantidade possível de plasma.

A cobertura pelo PlanSaúde dar-se-á para as seguintes indicações:

- a) Reação alérgica grave (anafilaxia).
- b) Pacientes deficientes de IgA com história prévia de reação anafilática durante transfusões anteriores.

Fenotipagem de Antígenos Eritrocitários

A cobertura pelo PlanSaúde dar-se-á para as seguintes indicações:

- a) Receptores do sexo feminino em idade fértil com Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) negativa realizar transfusão de glóbulos vermelhos K1 negativo.
- b) Receptor com PAI positiva realizar transfusão de concentrado de hemácias (CH) antígeno negativo para o anticorpo em questão. É recomendável a realização de fenotipagem para os antígenos mais imunogênicos dos sistemas Rh (E, e, C e c), Kell (K1).
- c) Recomenda-se para pacientes que não apresentam anticorpos anti-eritrocitários que estão ou poderão entrar em esquema de transfusão crônica a utilização de concentrado de hemácias fenotipadas compatíveis, principalmente para os sistemas mais imunogênicos (Rh, Kell, Duffy, Kidd e MNS).

Aquecimento de hemocomponentes

Consiste no aquecimento de hemocomponentes através de equipamentos especiais e em temperatura controlada.

Indicações:

- a) Paciente adulto que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15 ml/kg/hora por mais de 30 minutos (transfusões rápidas e múltiplas).
- b) Paciente pediátrico que receberá sangue ou plasma em velocidade superior a 15 ml/kg/hora.⁷⁴
- c) Transfusões maciças (administração aguda de volume superior a uma vez e meia a volemia do paciente, ou a reposição com sangue estocado equivalente ao volume sanguíneo total de um paciente, em 24 horas).
- d) Paciente com altos títulos de anticorpo hemolítico frio com alta amplitude térmica, que reage a 37°C.
- e) Pacientes portadores de fenômeno de Raynaud.
- f) Doença grave envolvendo crioglobulinas.
- g) Pacientes com presença de Autoanticorpos a frio (autocrioglobulinas).
- h) Exsanguíneo-transfusão em crianças.

Contraindicação

- a) Aquecimento dos componentes plaquetários, devido à alteração de sua função.

11.19.3 TESTES COBERTOS QUANDO DO USO DE HEMOCOMPONENTES/HEMODERIVADOS

Serão pagos somente os exames pré-transfusionais da (s) bolsa (s) utilizada (s). Assim, caso alguma bolsa seja devolvida, por não utilização, não cabe cobrança e pagamento dos referidos exames.

Os exames pagos por bolsa encontram-se listados no Quadro 25, abaixo, por tipo, quantidade e prestador a que faz jus.

Quadro 25: Testes Pré-Transfusionais, exames realizados para reservas e hemotransfusões

Código	Descrição do exame	Prestador		
		HEMOTO	Hospital	Hospital
		No doador	No receptor	Na bolsa
4.04.03.17-3	Grupo sanguíneo ABO e Rh- Gel teste-pesquisa	1	1	1
4.04.03.35-1	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anti eritrocitários-Gel teste	1	1	
4.04.03.10-6	Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico	1		
4.04.03.41-6	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa - gel teste			1
4.04.03.46-7	S. Hepatite B Anti HBC por componente hemoterápico - pesquisa ou dosagem	1		
4.04.03.66-1	S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	1		
4.04.03.48-3	S. Hepatite C anti HCV por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	1		
4.04.03.42-4	S. Anti-HTLV-I e HTLV-II (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	1		
4.04.03.44-0	S. ChagasEIE, por componente hemoterápico	1		
4.04.0354-8	S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico	1		
4.04.03.50-5	S. HIV EIE por componente hemoterápico	1		
Código	Bolsas	Prestador HEMOTO		

4.04.02.04-5	Unidade de Concentrado de Hemácias	01 a cada produto utilizado
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrado de hemácias-por unidade	01 a cada produto utilizado
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas	01 a cada produto utilizado
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas	01 a cada produto utilizado
4.04.02.12-6	Desleucotização de unidade de concentrado de plaquetas - até 6 unidades	01 a cada produto utilizado
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação)	01 a cada produto utilizado
4.04.02.09-6	Unidade de plasma fresco	01 a cada produto utilizado
4.04.02.08-8	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico	01 a cada produto utilizado
4.04.02.10-0	Unidade de sangue total	01 a cada produto utilizado

Observação: Não são remunerados exames sorológicos, no caso de devolução de hemocomponente, exceto os pré-transfusionais.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

Quadro 26: Exames Pré- Transfusionais e Transfusionais, e Bolsa a Pagar, por Produto e por Prestador

Código	Descrição do exame	Prestador			Exames Realizados por Produto		
		Hemoto	Hospital	Hospital	Hemácias	Plaquetas	Plasma
		No doador	No receptor	Na bolsa			
4.04.03.17-3	Grupo sanguíneo ABO e Rh-Gel teste-pesquisa	1	1	1	X	X	X
4.04.03.35-1	Pesquisa de anticorpos séricos irregulares anti-eritrocitários-Gel teste	1	1		X	X	X
4.04.03.10-6	Eletroforese de hemoglobina por componente hemoterápico	1			X	-	-
4.04.03.41-6	Prova de compatibilidade pré-transfusional completa gel teste			1	X	-	-
4.04.03.46-7	S.Hepatite B Anti HBC por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	1			X	X	X
4.04.03.66-1	S. Hepatite B (HBsAg) RIE ou EIE por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	1			X	X	X

4.04.03.48-3	S. Hepatite C anti HCV por componente hemoterápico-pesquisa ou dosagem	1				X	X	X	
4.04.03.42-4	S. Anti-HTLV-I e HTLV-II (determinação conjunta), pesquisa de anticorpos	1				X	X	X	X
4.04.03.44-0	S. Chagas EIE por componente hemoterápico	1				X	X	X	X
4.04.0354-8	S. Sífilis VDRL por componente hemoterápico	1				X	X	X	X
4.04.03.50-5	S. HIV EIE por componente hemoterápico	1				X	X	X	X
Bolsas						Prestador Hemoto			
4.04.02.04-5	Unidade de Concentrado de Hemácias					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.11-8	Desleucotização de unidade de concentrado de hemácias-por unidade					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.05-3	Unidade de concentrado de hemácias lavadas					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.12-6	Desleucotização de unidade de concentrado de plaquetas - até 6 unidades					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.16-9	Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação)					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.09-6	Unidade de plasma fresco					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.08-8	Unidade de crioprecipitado de fator anti-hemofílico					01 a cada bolsa utilizada			
4.04.02.10-0	Unidade de sangue total					01 a cada bolsa utilizada			

Observação: Em caso de uso de plaquetas por aférese, além da bolsa - 4.04.02.16-9 Unidade de concentrado de plaquetas (dupla centrifugação), cabe pagamento ao hemocentro dos seguintes códigos:

- a) 4.04.02.18-5 Operação de processadora automática de sangue em aférese
- b) 4.04.02.02-9 Material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese

A transfusão caracterizada quanto à sua programação pode ser:

- a) Programada /Reserva Cirúrgica: Aquela que será realizada em + de 24 horas da sua solicitação;
- b) Rotina: A que será realizada no período de até 24 horas da sua solicitação;
- c) Urgência; Aquela que será realizado no período máximo de 03 horas após sua solicitação;
- d) Emergência*: Quando existe risco mediato de vida comprovado.

* A condição comprovada de emergência que justifique o uso imediato do hemocomponente, requer: (1) Comprovação de que o retardo no início da transfusão coloca em risco a vida do paciente; (2) A existência de procedimento escrito no serviço de hemoterapia, estipulando o modo como esta liberação será realizada; (3) O termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente o conhecimento do risco e concorde com o procedimento; e (4) Finalização das provas pré-transfusionais, mesmo que a transfusão já tenha sido completada.

Devolução de produtos hemoterápicos

1. A devolução de produtos hemoterápicos solicitados e não utilizados ou não devolvidos pelo hospital para o HEMOTO dentro dos prazos previstos nas normas que regulamentam a matéria, deverá ser feita nas seguintes condições:
 - a) Sangue (sangue total ou concentrado de hemácias): no máximo após 24 horas da realização do procedimento para o qual foi solicitado;
 - b) Concentrado de plaquetas: não cabe devolução
 - c) Plasma: não cabe devolução; **DE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS**
 - d) Crioprecipitado de fator anti-hemofílico: não cabe devolução.
2. O pagamento de produtos hemoterápicos solicitados e não utilizados ou não devolvidos pelo hospital para o HEMOTO dentro dos prazos previstos nas normas que regulamentam a matéria, dar-se-á conforme posto a seguir:
 - a) Sangue (sangue total ou concentrado de hemácias): pagamento da(s) bolsa(s) não devolvida(s), no valor pactuado com o HEMOTO;
 - b) Concentrado de plaquetas: pagamento da(s) bolsa(s) descartada(s), no valor pactuado com o HEMOTO;
 - c) Plasma: pagamento da(s) bolsa(s) descartada(s), no valor pactuado com o HEMOTO;
 - d) Crioprecipitado de fator anti-hemofílico: pagamento da(s) bolsa(s) descartada(s), no valor pactuado com o HEMOTO.
3. A previsão de consumo de produtos pelo hospital contratado do Plano será com uma tolerância de (-) 20% a (+) 10% do estoque do hemocentro, a fim de assegurar o equilíbrio de funcionamento entre os diversos contratantes do HEMOTO.
4. O fornecimento de quantidades superiores às referidas no item anterior, estará sujeito à disponibilidade dos produtos em estoque.

HEMOTO

- Os documentos de cobrança dos hemoterápicos/hemocomponentes autorizados e aplicados são:
 - guia de internação devidamente autorizada pelo PlanSaúde;
 - documento padrão para solicitação do hemoterápico/hemocomponente (formulário para solicitação de hemocomponentes/hemoderivados), especificando o produto solicitado e utilizado, exames e insumos para os quais caberão pagamento ao HEMOTO, conforme quadro 25: exames pré- transfusionais e transfusionais, e bolsa a pagar, por produto e por prestador
 - formulário do HEMOTO, comprovando a entrega do produto.
- Toda produção mensal deverá ser entregue ao PlanSaúde, conforme regras descritas no item VII, deste.

11.19.5 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO DE HEMOTERÁPICOS

- O PlanSaúde fará a remuneração da produção mensal dos serviços efetivamente prestados, dentro das regras estabelecidas, no valor total de todos os itens de serviços cabíveis e realizados, em cada bolsa aplicada (exames, bolsa e, no caso de aférese os insumos operação de processadora automática de sangue em aférese e material descartável (KIT) e soluções para utilização de processadora automática de sangue/aférese.
- O pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

11.20 REGRAS GERAIS SOBRE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, CIRÚRGICOS E SADT

REGIME DE INTERNAÇÃO– ALGUNS DESTAQUES

- Código agregador/código conjunto
 - Quando houver CÓDIGO AGREGADOR/CÓDIGO CONJUNTO específico para determinado procedimento, não serão autorizados/pagos os procedimentos isoladamente. Cabe como exemplo a histerectomia total ampliada, qualquer via, que não inclui a linfadenectomia pélvica, e inclui a retirada do útero, seus anexos, terço superior da vagina e omento, a histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral e o procedimento de hemodinâmica, na cardiologia intervencionista terapêutica - a angioplastia por balão com implante de stent .
- Procedimentos INCOMPATÍVEIS / INCLUSOS/ EXCLUSOS E ADICIONADOS ao procedimento principal:
 - Tanto para a autorização quanto para a cobrança de mais de um procedimento por evento (adição), será avaliada a incompatibilidade entre os mesmos, bem como a inclusão no procedimento principal ou constituir via de acesso. A título de exemplo:

Cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea –Revascularização do miocárdico

Procedimento Principal:

Acrescentar ao procedimento principal (cabe cobrar):

- a) 3.09.05.04-4 Instalação de CEC em crianças de baixo peso (10 kg);
- b) 3.09.05.03-6 Instalação do circuito de circulação extracorpórea convencional;
- c) 3.09.06.16-4 Cateterismo da artéria radial – para PAM;
- d) 3.09.13.09-8 Dissecção de veia com colocação cateter venoso;
- e) 3.09.99.00-6. Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar o Porte 3C e com artéria o Porte 5A.

Estão integrados ao procedimento principal (não cabe cobrar em separado)

- a) 2.02.01.05-2 Cardioversão elétrica eletiva (avaliação clínica, eletrocardiográfica, indispensável à desfibrilação)
 - b) 3.09.04.08-0 Instalação de marca-passo epimiocárdio temporário
 - c) 3.08.04.13-2 Toracostomia com drenagem pleural fechada
 - d) 3.08.04.11-6 Retirada de dreno tubular torácico (colocado em outro serviço)
 - e) 2.01.04.04-9 Cateterismo vesical em retenção urinária.
3. Ablação percutânea por cateter para tratamento de arritmias cardíacas complexas ou não, por energia de radiofrequência constitui um procedimento terapêutico, com curta permanência hospitalar (máxima de dois dias).

Integrados ao procedimento principal

- a) Duas a quatro vias de acessos vasculares distintas, não podendo ser cobradas em separado.

Não condicionados

- a) Qualquer outra via de acesso especial como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, devem ter sua realização tecnicamente justificada e sua realização comprovada, para que possam ser incorporadas ao procedimento principal e cobradas.

Não ligados diretamente ao objetivo da ablação

- a) Estudo eletrofisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos e mapeamento eletro anatômico, que por encerrar objetivos diversos, não estão necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação, portanto não constituem rotina.

Procedimentos excludentes

- a) acessos vasculares periféricos;
- b) acessos vasculares centrais;
- c) cateterismo de câmaras cardíacas;
- d) provas farmacológicas ou elétricas.

4. Estudo Eletrofisiológico (EEF) com ou sem sensibilização farmacológica será coberto somente para as indicações a seguir, diagnosticadas:
 - a) Taquicardia ventricular (TV);
 - b) Taquicardia ventricular em portadores de doença cardíaca coronariana;
 - c) Estudo eletrofisiológico nos portadores de miocardiopatia dilatada (doença estrutural cardíaca não isquêmica);
 - d) Estudo eletrofisiológico nas anomalias de repolarização ventricular devidas a síndromes arrítmicas genéticas;
 - e) Taquicardia ventricular na ausência de doença estrutural cardíaca;
 - f) Cardiomiopatia hipertrófica;
 - g) Estudo eletrofisiológico na avaliação dos pacientes com síncope.

Observação: São excluídos do EEF os seguintes procedimentos: Acessos vasculares periféricos, acessos vasculares centrais, cateterismo de câmaras cardíacas e provas farmacológicas ou elétricas.

5. O cateterismo cardíaco como procedimento ambulatorial para fins de diagnóstico será coberto para as seguintes indicações:
 - a) Pacientes com angina limitante, mesmo estável;
 - b) Síndromes coronarianas agudas instáveis, consideradas de alto risco (angina refratária, aumento de enzimas, dor associada a novos desnivelamentos do segmento ST ou a insuficiência cardíaca e arritmias graves);
 - c) Pacientes na fase aguda do infarto do miocárdio com supra desnivelamento de ST, que serão submetidos à angioplastia primária ou que evoluem com instabilidade hemodinâmica ou isquemia persistente.

Observação: Para os pacientes considerados de baixo risco clínico (angina de alívio rápido com medicação, sem alterações eletrocardiográficas ou laboratoriais ou com dor torácica atípica) a estratificação pode ser feita por métodos não invasivos e, se não houver indução de isquemia, a cinecoronariografia não estará indicada e o tratamento clínico bem conduzido é ainda adequado para um grande número de doentes.

6. Toracostomia com drenagem fechada é parte integrante do ato cirúrgico principal, não cabendo cobrança em separado.
7. A exérese e sutura de lesões (circulares ou não) com rotação de retalhos cutâneos será autorizada somente para lesão maior que 2 cm de diâmetro. Para lesão menor, exclusivamente as localizadas em áreas no dorso do nariz, pálpebras, lábios, comissuras. Exige perícia presencial.
8. Solicitações do procedimento extensos ferimentos, cicatrizes ou tumores com excisão e retalhos cutâneos da região, será autorizada somente para lesões maiores que 10 cm ou que possuam uma extensão grande em relação à área onde a mesma se localiza. Exige perícia presencial.

9. A solicitação do procedimento plástica em Z ou W será autorizada somente quando houver área sob tensão, com limitação funcional ou de difícil acesso. Exige perícia presencial.
10. Cirurgia (via alta ou baixa) do prolapso de cúpula vaginal com fixação sacral ou no ligamento sacro espinhoso e por qualquer técnica, somente será liberada para paciente já hysterectomizada e fora do mesmo ato da hysterectomia.
11. Quando houver solicitação concomitante de Quadrantectomia com ressecção segmentar (3.06.02.20-3) e Linfadenectomia axilar (3.06.02.13-0), deverá ser autorizada a Quadrantectomia e linfadenectomia axilar (3.06.02.19-0), mesmo diante da informação do médico solicitante que os procedimentos serão realizados por incisões separadas.
12. Se solicitados em concomitância a Mastectomia simples (3.06.02.15-70 e a Linfadenectomia axilar (3.06.02.13-0) deverá ser liberada a Mastectomia radical ou radical modificada por qualquer técnica (3.06.02.14-9). Da mesma forma Mastectomia radical ou radical modificada por qualquer técnica + Linfadenectomia axilar, esta última não será autorizada já que é integrante da primeira.
13. Será liberado 01 (um) trocáter descartável em cirurgia videolaparoscópica, entendendo-se que os demais deverão ser trocáteres permanentes. Para cirurgia bariátrica, deve ser cobrado o kit negociado.
14. A Laminectomia ou laminotomia (3.07.15.19-9) é o procedimento cirúrgico que remove, total ou parcialmente, a lâmina das vértebras. No tratamento de tratamento da hérnia, estreitamento do canal medular e espondilolistese constitui via de acesso/parte integrante do procedimento principal, não sendo remunerado à parte.
15. A Descompressão medular e/ou cauda equina (3.07.15.09-1) não pode ser solicitada com o Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito, por segmento (3.07.15.36-9) por configurar duplicidade de solicitação.
16. A remuneração da Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3.07.15.01-6) ou a Artrodese de coluna via anterior ou posterolateral - tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4), realizadas para imobilização de duas superfícies articulares da coluna (vértebra superior e vértebra inferior) é por segmento e não por vértebra.
17. Os procedimentos Artrodese de coluna via anterior ou posterolateral, tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4) e Artrodese da coluna com instrumentação por segmento (3.07.15.01-6), são excludentes no mesmo tempo cirúrgico. O sistema de fixação (conjunto parafusos e cage) é uma montagem única para artrodese com instrumentação.
18. A Descompressão medular e/ou cauda equina (3.07.15.09-1) é incompatível com os procedimentos de Hérnia de disco toracolombar tratamento cirúrgico – por segmento ou Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico (excludentes).
19. Retirada de osteófitos, ressecção de facetas ou ampliação de forame no canal estreito, têm codificação específica, não podendo ser solicitado como Osteotomia de coluna vertebral - tratamento cirúrgico (3.07.15.22-9), utilizada para solicitar ressecção óssea para o tratamento cirúrgico de deformidades da coluna.
20. A artrodese, fixação segmentar da coluna com material de síntese, é o tratamento cirúrgico da espondilolistese, sendo os dois códigos excludentes entre si, no mesmo tempo cirúrgico. A exceção a esta regra são as espondilolisteses com classificação

radiográfica de grau III e IV (translação entre 51 e 100%). Também são excludentes para o mesmo segmento, no mesmo tempo cirúrgico, o Tratamento de fratura-luxação de coluna - tratamento cirúrgico, por segmento associado a Artrodese da coluna com instrumentação, por segmento.

21. Os acometimentos mais frequentes da coluna vertebral com indicação para tratamento cirúrgico são:
 - a) Doenças degenerativas da coluna lombar (hérnias de disco e estreitamento do canal);
 - b) Doenças degenerativas da coluna cervical (hérnia de disco);
 - c) Tratamentos de fraturas de coluna (fraturas de vertebrae da coluna);
 - d) Tratamento cirúrgico da escoliose (dorso curvo/escoliose/giba costal);
 - e) Tratamento cirúrgico das lesões da coluna vertebral (tumor vertebral e lesão intra canal vertebral com artrodese);
 - f) Tratamento percutâneo da coluna vertebral;
 - g) Tratamentos da doença facetária da coluna vertebral (artrose facetária).
22. A indicação de cirurgia na coluna lombossacra, seja para o primeiro procedimento quanto para re-operação, está subordinada aos seguintes aspectos, comprovados quando da solicitação do procedimento:
 - a) Se houve falha de tratamento conservador prolongado;
 - b) Se os exames de imagem evidenciam compressão radicular e/ou instabilidade segmentar consistentes, associadas à sinais e sintomas apresentados pelo paciente;
 - c) Se há queixas do paciente de dor radicular em conformidade com a distribuição em dermatômos;
 - d) História clínica do paciente de apresentação de um ou mais dos seguintes sintomas/sinais: i) déficit sensitivo; ii) déficit motor; e, iii) alterações de reflexos em correspondência com o segmento acometido.
23. A nucleoplastia com radiofrequência/coagulação/ablação intra discal percutânea por radiofrequência não está contemplado no rol de cobertura do PlanSaúde. É considerado procedimento experimental de acordo com o Parecer CFM nº 15, de 2006, ratificado no Parecer CFM nº 54/2016.
24. O bloqueio facetário não é remunerado por segmento. Neste caso a regra é remunerar um procedimento levando-se em conta sua realização por lateralidade, admitindo-se, no máximo, uma bilateralidade, quando a condição clínica do paciente comprovadamente exigir.
25. A infiltração foraminal ou facetária é remunerada somente uma vez, tendo em vista que o procedimento se refere à coluna vertebral.
26. Não há previsão de cobertura do procedimento denervação facetária por técnica de radiofrequência.
27. A Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico, por hora ou fração é remunerada para o acompanhamento pelo radiologista, presente no ato cirúrgico,

com emissão de laudos e registros da participação em prontuário, e não para o cirurgião, pelo fato de o acompanhamento radiológico ser considerado parte integrante da cirurgia.

28. Na cirurgia para implante coclear a mastoidectomia é parte integrante do procedimento principal e não cabe cobertura em separado.
29. A solicitação para a cirurgia de amigdalectomia lingual por causa de sua hipertrofia tem que ser muito bem fundamentada tecnicamente, até porque a hipertrofia deste tecido com grau de indicação de cirurgia é extremamente rara. Está sujeita a segunda opinião.
30. A amigdalectomia das palatinas em conjunto com a adenoidectomia (adenotonsilectomia) somente será autorizada com a comprovação de que o paciente é portador de hiperplasia adenotonsilar associada com os seguintes sintomas e sinais a seguir. Está sujeita a segunda opinião.

Para as indicações absolutas:

- a) Apneia obstrutiva do sono;
- b) Déficit de ganho ponderal;
- c) Crescimento dento facial anormal;
- d) Suspeita de malignidade;
- e) Tonsilite hemorrágica.

Para as indicações relativas

- a) Obstrução das vias aéreas superiores;
- b) Disfagia;
- c) Prejuízo na fala;
- d) Faringotonsilite crônica ou recorrente;
- e) Abscesso peritonsilar;
- f) Portador de Streptococcus pyogenes grupo A-GAS;

Halitose.

31. Para a solicitação do procedimento septoplastia por qualquer técnica e sem vídeo com ou sem turbinectomia ou turbinoplastia unilateral é imprescindível a comprovação do desvio obstrutivo do septo nasal, associado a queixas respiratórias. Como o desvio anterior do septo desvia a columela que fica lateralizada, a correção do desvio desta é parte integrante da correção do septo nasal, não podendo ser cobrada em separado.

32. Não há previsão de cobertura para o alongamento da columela (levantamento da extremidade do nariz/aumento do seu tamanho), pois é, por si só, procedimento estético.

33. Não há previsão de cobertura pelo PlanSaúde para a cirurgia de septoplastia por videoendoscopia.

34. Está excluída da cobertura contratual do PlanSaúde a rinosseptoplastia funcional (rinoplastia), por ser um procedimento estético, já que não visa restaurar função parcial

ou total do órgão (lesão por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita). Para o tratamento funcional do nariz é realizada a septoplastia, coberta pelo Plano.

35. No caso de polipectomia (4.02.02.55-0 e 4.02.02.54-2), paga-se o procedimento independentemente do número de pólipos e, quando executada durante a endoscopia digestiva alta ou com a colonoscopia, cabe a cobrança somente da polipectomia, tendo em vista que o exame de endoscopia já está incluso.

36. Anatomia patológica e citopatologia **Punção biópsia**

- a) Os valores dos procedimentos de PAAF de órgãos ou estruturas profundas cobrem somente o ato de coleta. A análise do material obtido será cobrada no procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5, no valor da tabela negociada vigente.
- b) Quando houver indicação comprovada da necessidade de realizar punções em diferentes regiões - quadrantes mamários ou em diferentes nódulos (tireoide, p.ex.), serão valoradas separadamente, pois são consideradas punções distintas. A cobrança deverá se dar como:
- c) Primeira região puncionada: Deverá ser cobrada como ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas com deslocamento do patologista ou ato de coleta de PAAF de órgãos e estruturas superficiais com deslocamento do patologista.
- d) Demais regiões puncionadas: Deverão ser cobradas como ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas superficiais sem deslocamento do patologista ou ato de coleta de PAAF de órgãos ou estruturas profundas sem deslocamento do patologista.

Biópsia simples

- a) A análise do material obtido será cobrada como Procedimento diagnóstico em biópsia simples "imprint" e "cell block" ou como procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5, no valor da tabela negociada vigente.

Fragmentos múltiplos de biópsias de mesmo órgão ou topografia

- a) Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco, mesmo que exijam a confecção de mais de três blocos histológicos, será remunerado somente um único frasco, contendo as múltiplas amostras (do mesmo órgão ou topografia).

Diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples

- a) Peças cirúrgicas ou anatômicas simples resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas, tais como as exéreses de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos (fusos) cutâneos, pólipos, linfonodo isolado, e ainda outros exemplos como ressecções de baço, apêndice cecal, corneto nasal, hemorroida, nódulo prostático isolado, nódulo mamário isolado, nódulo tumoral benigno, ovário, saco herniário, segmento ósseo, testículo, tonsila, tuba uterina, vesícula biliar, etc., em geral, exigem a confecção de três a seis blocos histológicos. Uma peça cirúrgica fracionada, mas acondicionada 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, independentemente de serem

colocados em um mesmo frasco. Esta regra se aplica para os procedimentos que não possuem código para biópsia.

Diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa

- a) procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa, cobra 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 órgãos parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, prostáticos etc. A placenta (disco placentário), em caso de gemelares é remunerada de forma independente, para cada qual.

Diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas

- a) Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens: 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:
- b) Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério etc., sendo cada estrutura remunerada de forma independente;
- c) Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais, por grupo de até seis linfonodos, de uma peça anatômica simples ou complexa;

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 relativo a este código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.

Outros exemplos para melhor compreensão:

- a) Ressecção de melanoma ou tumores cutâneos com mais de 3 cm: O código para a peça é o 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Se houve ressecção de uma ou mais margens da ferida cirúrgica o envio é em separado, codificando-se cada uma delas com o código 4.06.01.22-6 Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens – 1 x por peça adicional (máximo três – lateral direita, lateral esquerda e profunda).

- b) Colectomia parcial: Para a peça intestinal, usa-se o código 4.06.01.21-8 Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Para o mesentério, usa-se o código 4.06.01.22-6 Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x.
- c) Histerectomia total com anexectomia: Remunera-se o código 4.06.01.21-8 – Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa 1 x. Para as demais estruturas, o que segue: a) Trompa: remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x; Ovário: remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 1 x.
- d) Histerectomia simples: Útero: remunera-se com o código 4.06.01.20-0 Procedimento diagnóstico em peça anatômica ou cirúrgica simples 1 x; A peça do colo remunera-se com o código 4.06.01.21-8 – Procedimento diagnóstico em peça cirúrgica ou anatômica complexa. Caso seja retirado fragmento do endo e exocérvice, remunera-se com o código 4.06.01.22-6 – Procedimento diagnóstico em grupos de linfonodos, estruturas vizinhas e margens de peças anatômicas simples ou complexas (por margem) – máximo de três margens 2 x.

Diagnóstico em lâminas de PAAF até 5

- 1. Procedimento diagnóstico em lâminas de PAAF até 5: As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões de um mesmo órgão ou de um órgão diferente terão seus portes e UCO fixados separadamente. Esfregaços da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste procedimento para cada 5 lâminas processadas (ex.: 13 lâminas obtidas de nódulo de lobo direito de tireoide, equivale 3 vezes o código 4.06.01.25-0).

Cardiologia

- 1. Na Assistência Cardiológica Per-operatória em cirurgia geral e em parto não cabe o pagamento do anestesiológico, da monitorização cardíaca durante os procedimentos de hemodinâmica e cirurgia cardíaca. Ao cardiologista cabe pagamento dos honorários somente quando se tratar de acompanhamento de pacientes cardiopatas de alto risco durante cirurgia de maior complexidade.
- 2. O Holter não será pago para pacientes em UTI, uma vez que este já se encontra monitorizado.

Ortopedia

- 1. Referente aos procedimentos videoartrocópicos de joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e túnel do carpo e coxofemoral:
 - a) Nas cirurgias vídeo artroscópicas 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, devendo estar comprovada esta atuação.
 - b) Os procedimentos extra articulares poderão ser associados a qualquer procedimento intra-articulares do joelho, tornozelo, ombro, cotovelo, punho e túnel do carpo coxofemoral para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico

(retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias).

Outros

1. A navegação poderá, mediante justificativa médica consubstanciada à luz da medicina baseada em evidências, ser solicitada na instrumentalização de coluna, somente em casos de compressão medular ou radicular com instabilidade, comprovadas.
2. Os procedimentos por cateter (Angiografia por cateterismo seletivo de ramo primário – por vaso, Angiografia por cateterismo superseletivo de ramo secundário ou distal – por vaso, Angiografia pós-operatória de controle e Angiografia transoperatória de posicionamento), incluem no máximo três vasos.

11.21 PACIENTE CRÔNICO

11.21.1 PACIENTE CRÔNICO, REGRAS GERAIS

1. A doença crônica é caracterizada como aquela de curso prolongado, independentemente de sua gravidade, comprometendo sistema, órgão ou função de forma irreversível, com intermitência de alterações do seu quadro (remissões e exacerbações).
2. De regra geral o caráter da doença já é conhecido, dispensando investigações e requerendo somente o acompanhamento da evolução e intervenção (tratamento), de acordo com o quadro clínico. Enquadram-se nesta condição doenças crônicas degenerativas, cardiopatias crônicas, neste tipo de caracterização podemos citar doenças como a diabetes mellitus, cardiopatias crônicas, doenças de curso prolongado, entre outras do tipo.
3. Se a internação for superior a 30 (trinta) dias, deverá ser realizada alta administrativa, para cobrança (conta parcial com máximo de 30 diárias).

11.22 TAXAS COBERTAS

1. Constituem cobrança por uso de ambiente hospitalar, serviços prestados ou uso de aparelhagem. As taxas descomprometem o PlanSaúde de indenizações de quaisquer equipamentos que porventura vierem a ser danificados.
2. O PlanSaúde reconhece, para fins de cobrança e pagamento, somente as taxas constantes da Tabela Própria de Taxas Hospitalares e negociadas com o prestador. Quaisquer outras taxas de serviços que não as constantes deste documento, não poderão ser cobradas sem prévia negociação entre as partes, ficando sujeitas a glosa total, sem recurso.

11.22.1 TAXAS DE SALAS

1. É a modalidade de cobrança por utilização de ambiente próprio, recursos (estrutura, equipamentos e pessoal) e insumos essenciais (materiais e produtos de higiene) necessários a prestação da assistência (realização de determinados procedimentos).
2. Não deverão ser cobradas quando for utilizada a remuneração sob a forma de pacote.

3. Inclui o ambiente físico, os equipamentos de uso permanente e instrumentais, serviços de enfermagem, instrumentador e pertinentes.
4. As taxas de salas respectivas são cobradas apenas uma vez, independentemente do número de procedimentos realizados, não podendo ser cobradas em concomitância com outra taxa de sala
5. Não é permitida a cobrança de taxa de sala para procedimentos realizados na enfermaria, UTI, unidade semi-intensiva e berçário de risco.
6. A taxa de sala de radiologia somente poderá ser cobrada quando for realizada a radiologia intervencionista.
7. As taxas referidas neste documento não contemplam honorários médicos.

11.22.2 TAXA DE SALA DE CENTRO CIRÚRGICO E DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

1. Nas situações que envolvem procedimentos cirúrgicos múltiplos e simultâneos, a taxa será paga 100% para a de maior porte acrescido de 50% para todas a demais, totalizando o limite máximo 150% do valor da de maior porte.
2. As Taxas de Sala de Centro Cirúrgico serão pagas conforme o porte da cirurgia, que vai de zero (0) a oito (8), e discriminadas como a seguir:

Quadro 27: Taxas de sala de centro cirúrgico cobertas pelo PlanSaúde

Discriminação das taxas	Cobrança por
Porte 0 (Cirurgia Pequena)	Uso
Porte 1 (Cirurgia Pequena)	Uso
Porte 2 (Cirurgia Média)	Uso
Porte 3 (Cirurgia Média)	Uso
Porte 4 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 5 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 6 (Cirurgia Grande)	Uso
Porte 7 (Cirurgia Especial)	Uso
Porte 8 (Cirurgia Especial)	Uso
Sala de recuperação pós-anestesia geral/ bloqueio ou plexo /raqui /peridural	Uso

1.6.2.1 Estão inclusos nas Taxas de Centro Cirúrgico e Sala de Recuperação:

- a) Mesa cirúrgica e auxiliares, foco central e auxiliar;
- b) Equipamento e instrumental de anestesia;
- c) Instrumentais cirúrgicos e estéreis permanentes;
- d) Rouparia de sala, permanente e descartável, de enfermagem e dos médicos do tipo : campo impermeável, campo fenestrado, máscara facial cirúrgica, gorro;
- e) Serviços de enfermagem;
- f) Luvas de proteção individual e EPI;

- g) Ponto de oxigênio, vácuo e ar comprimido;
- h) Ar condicionado central ou interno;
- k) Assepsia e antissepsia da equipe e paciente (álcool, povidine tópico e degermante, álcool iodado, éter, água oxigenada, clorexidine etc.);
- l) Equipamentos/ instrumental em geral: Focos, instrumental/ equipamentos para anestesia, equipamentos/instrumentais para ventilação manual, instrumental básico para procedimentos cirúrgicos, carrinho de anestesia, monitor cardíaco e de PNI, oxímetro, ventilador/respirador de volume e, ou pressão, cal sodada, circuito respiratório, aspirador/irrigador elétrico portátil/ vácuo, eletrodos, aparelho nebulizador, caneta para bisturi elétrico, lixa eletro cirúrgica permanente ou descartável, marcador cirúrgico.
- m) **Danos e reposições de instrumentais cirúrgicos definitivos VER UTI.**

ITENS NÃO INCLUSOS EM TAXA DE SALA CIRÚRGICA

- a) Honorários médicos;
- b) Gases anestésicos, oxigênio, protóxido de azoto, ar comprimido, óxido nítrico;
- c) SADT (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento);
- d) Materiais descartáveis/especiais conforme necessidade e prescrição;
- e) Medicamentos conforme necessidade do paciente e prescrição médica;
- f) Próteses cirúrgicas e materiais especiais;
- g) Hemoderivados.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

ITENS INCLUSOS EM TAXA DE SALA DE RECUPERAÇÃO

- a) Aparelhos e Equipamentos necessários para recuperação do paciente; -
- b) Equipamentos/ instrumentais para ventilação manual;
- c) Todos os serviços e assistência de enfermagem;
- d) Assistência médica;
- e) Equipamentos tais com monitor cardíaco, oxímetro e desfibrilador;
- f) Saída do sistema de vácuo e oxigênio, centralizado ou não. Os gases, quando utilizados, serão pagos por minuto, nos termos postos neste Manual.

11.22.3 TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO

11.22.3.1 Taxa de Sala de Hemodinâmica/Procedimentos Intervencionistas

1. Utilizada na realização de procedimentos de hemodinâmica (diagnóstica ou terapêutica), bem como na colocação de balão intra-aórtico e angiografia, e outros procedimentos intervencionistas aplicáveis.

Itens inclusos taxa de sala hemodinâmica/procedimentos intervencionistas

- a) Ambiente

- b) Equipamentos de monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório;
- c) Equipamentos que são específicos para a realização do procedimento, de qualquer tipo ou modelo e que sejam permanentes na unidade;
- d) Instrumental/equipamentos de anestesia e os que são permanentes na unidade;
- e) Rouparia permanente e descartável, escova para assepsia, máscara facial cirúrgica, gorro e propés);
- f) Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos, aspirações, inalações se refere à instalação do procedimento, controle pertinentes a enfermagem.

11.22.3.2 Taxa de Sala de Endoscopia

1. Ambiente próprio destinado para a realização ambulatorial de endoscopia alta ou baixa, diagnóstica ou terapêutica. Cobrada no código próprio constante da Tabela de Procedimentos do PlanSaúde - TPPS.

Itens inclusos na Taxa de Sala de Endoscopia

- a) equipamento e instrumentais para realização de endoscopia alta ou baixa;
- b) equipamentos e instrumentais de anestesia/sedação.

Itens excluídos da Taxa de Sala de Endoscopia

- a) procedimento;
- b) medicamentos utilizados;
- c) honorários do endoscopista e do anestesista, caso haja participação deste.

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

11.22.3.3 Taxa de Sala de Procedimento Ambulatorial

1. Ambiente próprio destinado à realização de procedimentos ambulatoriais realizadas fora do centro cirúrgico, tais como exérese de unha, exérese e sutura simples, drenagem de abscesso, flegmão, retirada de corpo estranho subcutâneo, punções, passagem de sondas, lavagem gástrica etc., realizados ambulatoriamente fora da internação hospitalar, executados por profissional médico e que não demandem internação hospitalar.
2. Cobrada no código próprio constante da Tabela de Procedimentos do PlanSaúde – TPPS, inclui e exclui:

Itens inclusos na Taxa de Sala de procedimento ambulatorial

- a) Equipamento e instrumentais para realização dos procedimentos;

Itens excluídos da Taxa de Sala de Endoscopia

- a) Honorários médicos
 - b) Medicamentos e materiais descartáveis utilizados
3. Para determinados procedimentos de dermatologia há que se considerar ou não a cobrança da taxa de sala. A título de exemplo:

- a) Não cabe cobrança de taxa de sala: Exames bacterioscópicos de lesão cutânea, muco ou linfa; Exame citológico de lesão cutânea; Exame micológico direto; Exame micológico – cultura e identificação de colônia; Intra dermo reação – por unidade; Teste epicutâneo, epilação – por sessão; Infiltração intra lesional – por sessão; Pequenas lesões - cauterização química (por grupo de até 5 lesões); Esfoliação química profunda – por sessão; Fototerapia com UVA (PUVA) – por sessão.
 - b) Cabe cobrança da taxa de sala somente se realizada em centro cirúrgico ou sala específica. Não cabe pagar se realizada em consultório: Abrasão cirúrgica por sessão; Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosa (com ou sem curetagem, por grupo de até 5 lesões); Tratamento da miíase furunculóide.
 - c) Cabe a cobrança da taxa de sala: Biópsia de pele e mucosa; Curetagem simples de lesões de pele (por grupo de até 10 lesões); Excisão e sutura com rotação de retalhos; Excisão e sutura de unha encravada pela dobra ungueal; Excisão e sutura com plástica em “z”; Excisão e sutura simples de lesões de pele e mucosa; Exérese de unha; Incisão e drenagem de abscesso, hematoma ou panarício; Retirada de corpo estranho subcutâneo; Exérese de lesão com enxertia; Curetagem e eletrocoagulação do câncer de pele; Excisão e sutura simples de câncer de pele e mucosas; Incisão e drenagem de fleimão.
4. Procedimentos tais como Excisão e sutura com plástica em “Z”; Excisão e sutura com rotação de retalhos; Exérese de lesão com enxertia, entre outros, exigem perícia prévia à autorização, para o que o médico assistente deve encaminhar o beneficiário para a Central de Autorização e Perícia do PlanSaúde.

11.22.3.4 Taxa De Sala De Quimioterapia Ambulatorial

- 1. Taxa de sala para a qual cabe cobrança somente para a aplicação de quimioterápicos que requeiram supervisão do médico oncologista, durante seu uso, inclui álcool, luvas e algodão
- 2. Não se aplica quando este procedimento for realizado na modalidade de pacote, bem como para aplicação do medicamento por via oral, intra muscular ou subcutâneo.
- 3. Taxa de sala – CAPELA – taxa para manipulação de quimioterápicos e ambiente estéril – para o pagamento deve ser comprovada a manipulação do quimioterápico vinculado ao paciente;

11.22.3.5 Taxa De Sala Para Colocação De Aparelho Gessado

- 1. O pagamento da Taxa de Sala de Gesso está condicionado à utilização da mesma, e inclui os equipamentos permanentes ou não, necessários à confecção de aparelho gessado.
- 2. A Taxa remunera somente procedimento gessado, em sala específica (única cobrança permitida), e não pode ser cobrada quando ocorrer a simples retirada do mesmo.
- 3. Não caberá cobrança de Taxa para as imobilizações limitadas à:
 - a) Uso de crepe ou esparadrapos;
 - b) Enfaixamentos;
 - c) Tipoias,

- d) Simples colocação de saltos em aparelhos gessados previamente instalados;
 - e) Talas não gessadas;
 - f) Imobilizações com materiais descartáveis e reutilizáveis (plásticos ou sintéticos).
4. Não cabe cobrança da taxa para a retirada de aparelho gessado.
5. Não cabe a cobrança da taxa para realização de punções ou infiltrações.

11.22.4 TAXAS DE SERVIÇOS

Compreende a cobertura para a prestação dos seguintes serviços:

11.22.4.1 Taxa para Alimentação de Acompanhante (três refeições:

- a) Para beneficiários internados que tenham mais de 60 anos e menos de 18 anos, incapazes e com necessidades especiais e parturientes.

11.22.4.2 Taxa de Preparo e Administração de Alimentação Enteral

- a) Somente quando aplicada por técnica gravitacional ou por meio de bomba de infusão - sistema fechado, com indicação e prescrição consubstanciada e registro em prontuário.

11.22.4.3 Taxa de Preparo e Administração de Alimentação Parenteral

- a) Quando preparada diretamente no prestador, em ambiente próprio e equipe habilitada.

11.22.4.4 Taxa de Nebulização

1. As nebulizações são pagas por unidade e segundo o tipo: nebulização simples, com ou sem broncodilatadores e nebulização contínua ou macro nebulização. Deverão ser prescritas pelo médico assistente.
2. Em relação aos gases para nebulização, não cabe cobrança em separado:
 - a) do ar comprimido (recomendado na vazão de 5 a 6l /min, já que vazão menor pode não gerar pressão adequada para formar partículas pequenas o suficiente para atingir as pequenas vias aéreas, onde haverá a maior absorção da medicação.
 - b) do oxigênio.
3. Nos casos consubstanciados em que o quadro clínico do paciente exige o uso do oxigênio na nebulização - saturação de oxigênio no sangue arterial baixa (< que 94%), com justificativa clínica registrada no prontuário, por meio da máscara Venturi ou da máscara de macro nebulização e em geral na vazão de 5 a 7 litros/minuto, o custo deste será pago proporcionalmente ao utilizado em cada sessão, por minuto anotado.

Não se paga em separado o O2 em nebulização quando o paciente estiver em oxigênio contínuo em cateter nasal ou respirador. Paga somente a taxa prevista.

11.22.5 TAXAS POR UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Paga pela utilização de equipamentos de uso específico ou não contínuo, coberta segundo condição detida pelo prestador e que permita sua cobrança, nos valores pagos e negociados com o PlanSaúde. Não cabe pagamento para os equipamentos de uso

hospitalar comum e contínuo no tratamento dos pacientes, e obrigatórios para o funcionamento do hospital, que estão inclusos na composição dos valores das diárias e das taxas de sala.

1. Não serão pagas taxas para o carro de anestesia (respirador), utilizados na sala de cirurgia.
2. Nas taxas de equipamentos estão inclusos todos os insumos necessários para o seu funcionamento e manutenção.
3. A cobertura relacionada à taxa para uso de bomba de infusão fora da UTI e do centro cirúrgico para a infusão contínua e controlada de fluidos dar-se-á somente para as situações a seguir listadas. Exige registro na ficha clínica/prontuário do paciente com justificativa para utilização.
 - a) Medicamentos específicos tais como adrenalina, lactato de milrinona, nitroprussiato de sódio, dopamina, noradrenalina, morfina, sulfato de magnésio (eclampsia), dobutamina, tridil, amiodarona e antibióticos (meropenem - infusão prolongada, cefepima infusão prolongada, tazocim - infusão prolongada, vancomicina, anfotericina, e outros em que haja indicação direta para o uso da bomba);
 - b) Nutrição enteral quando o acesso for jejunal, síndrome do intestino curto, em pacientes com patologias disabsortivas/desnutrição severa ou após jejum prolongado, na presença de distúrbios gastrointestinais que podem ser relacionados à nutrição enteral (cólicas, vômitos, diarreia, distensão abdominal etc.) e quando a vazão for inferior a 60ml/h.
 - c) Nutrição parenteral, preferencialmente usar a bomba de infusão.
 - d) Uso de quimioterápicos que requerem infusão controlada do medicamento tais como bevacizumabe, trastuzumab, carmustina, docetaxel, doxorrubicina, cetuximabe, ifosfamida, fluorouracil, rituximabe, ciclofosfamida, paclitaxel, entre outros.
 - e) Terapia insulínica intensiva guiada por monitorização.
 - f) Crianças de muito baixa idade/peso/neonatos, cardiopatas descompensados, edema agudo de pulmão, insuficiência renal.

Quadro 28: Taxas por uso de equipamentos cobertas pelo PlanSaúde, por tipo e passíveis de negociação

Tipo de equipamento para os quais cabe pagamento de taxa	Cobrança por
1. Taxa de uso de bomba de infusão fora da UTI e CC (exclusivamente nas situações em que há indicação de uso com justificativa consubstanciada, e a depender da medicação usada)	Uso
2. Taxa de uso intensificador de imagem/arco cirúrgico, respeitadas as indicações e comprovação de uso	Uso
3. Taxa de uso de bisturi eletrônico microprocessado ou de alta frequência	Uso
4. Taxa de uso de equipamento de fototerapia	Diária
5. Taxa de uso de perfurador/trépano/drill, elétrico. Excludente entre si para cobrança.	Uso

6. Taxa de uso de bomba circulação extracorpórea	Uso
7. Taxa de uso marcapasso externo temporário	Uso
8. Taxa de uso microscópio cirúrgico	Uso
9. Taxa de uso de monitor de pressão intracraniana (MPIC) - Camino	Uso
10. Taxa de uso de monitor de pressão invasiva	Uso
11. Taxa de uso colchão d'água/ar/caixa de ovo (somete em UTI, e demais acomodações por indicação/necessidade comprovada)	Uso
12. Taxa de uso de manta térmica*	Uso
13. Taxa de uso de craniótomo. \drill elétrico.	Uso
14. Taxa de uso capnógrafo (fora da UTI e CC, com\drill indicação consubstanciada, registro de uso e monitoramento do paciente)	Uso
15. Taxa de uso serra elétrica para cirurgia	Uso
16. Taxa de uso tração esquelética	Uso
17. Taxa de uso oxicapnógrafo (fora da UTI e CC, com indicação consubstanciada, registro de uso e monitoramento do paciente).	Uso
18. Taxa de monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)**	Uso
19. Taxa de uso de vídeocirurgia para ARTROSCOPIA.	uso
20. Taxa de uso do aparelho videoendoscópio para NEUROCIRURGIA (diagnóstico/cirúrgico)	Uso
21. Taxa de uso do aparelho de videoendoscópio DIGESTIVO diagnóstico e cirúrgico	Uso
22. Taxa de uso do aparelho para vídeohisteroscopia DIAGNÓSTICA	Uso
23. Taxa de uso do aparelho para vídeohisteroscopia CIRÚRGICA.	Uso
24. Taxa de uso do aparelho do vídeolaparoscopia DIAGNÓSTICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso
25. Taxa de uso do aparelho do vídeolaparoscopia CIRÚRGICA (incluso descartáveis e acessórios).	Uso
26. Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia RESPIRATÓRIA	

(diagnóstico/cirúrgico)	Uso
27.Taxa de uso do aparelho para vídeoendoscopia CIRÚRGICA em otorrino	Uso
28.Taxa de uso de aparelho de vídeoendoscopia cirúrgica UROLÓGICA.	Uso

***Manta térmica:**

1.Será autorizada somente para idosos e politraumatizados, segundo os seguintes critérios de indicação:

- a) Pacientes acima de 60 anos de idade que realizaram cirurgias de porte 6 ou 7;
- b) No pré e pós-operatório de neonatos;
- c) Nos pacientes com diagnóstico comprovado de politraumatizados;
- d) Nos grandes queimados (critérios de classificação);
- e) Um UTI, para pacientes com hipotermia e com baixo débito, com disfunção de múltiplos órgãos (primeiras 72 horas), à exceção de falência orgânica, quadros de sepse.

2.Monitorização da profundidade anestésica (índice bispectral - BIS)**Não cabe o uso para neonatos, tendo em vista que a recepção do recém-nascido em sala de parto é realizada no berço de calor radiante. Na UTI Neonatal em incubadora ou também em berço de calor radiante.

** Será autorizada somente para pacientes que atendam aos seguintes critérios:

- a) Procedimentos cirúrgicos de longa duração, acima de 4 horas (diminuição dos gastos dos agentes anestésicos);
- b) Em anestesia geral para parto cesáreo (risco de superficialização da anestesia geral acarretando em consciência intraoperatória);
- c) Suspeita de vazamento do aparelho de anestesia e inadequação do plano anestésico (risco de consciência Intraoperatória);
- d) Paciente acima de 70 anos ou com instabilidade hemodinâmica (risco de aprofundamento acentuado de plano anestésico acarretando hipoperfusão cerebral. Quadro observado através do aumento da taxa de supressão no BIS);
- e) Cirurgia de obesidade mórbida (melhor titulação do agente hipnótico e prevenção de memória Intraoperatória).

12 MÓDULO V - TERAPIAS COMPLEMENTARES EM PACIENTE INTERNADO

12.1 1 FISIOTERAPIA NO PACIENTE INTERNADO

1. A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente. Requer solicitação/autorização prévia do PlanSaúde (Formulário de Solicitação de Fisioterapia), disponível para download no endereço eletrônico, [item IV Canais de Atendimento, deste](#), informando os seguintes dados:
 - a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente
 - b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada).
 - c) Tipo: respiratória ou motora;
 - d) Quantidade total de sessões solicitadas
 - e) Quantidade por dia
 - f) Local de acomodação do paciente
2. Será permitida a cobrança de até 03 (Três) sessões de Fisioterapia Respiratória em Paciente Internado/dia e 03 (três) Fisioterapia Motora em Paciente Internado/dia, compatíveis com a patologia do paciente, em UTI. Para enfermaria somente após avaliação de pertinência pelo médico auditor, não podendo extrapolar os limites diários especificados para uti.
3. Nos casos de fisioterapia em paciente internado caberá ao fisioterapeuta organizar e registrar no prontuário do paciente o Plano de Assistência Fisioterápica e sua evolução.
4. O registro da assistência fisioterapêutica em paciente internado deverá ser realizada em formulário próprio do hospital/guia de cobrança, anexando a guia de autorização emitida pelo PlanSaúde.
5. O pagamento da fisioterapia hospitalar poderá ser pago sob duas formas:
 - a) Diretamente ao fisioterapeuta, desde que este seja credenciado do PlanSaúde;
 - b) Diretamente ao hospital, para repasse posterior ao fisioterapeuta, quando este não for credenciado.

12.2 FONOAUDIOLOGIA NO PACIENTE INTERNADO

1. Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados a recuperação funcional da mastigação, deglutição e fala.

2. A indicação de tratamento fisioterápico é do médico assistente, registrada no prontuário do paciente. Requer solicitação/autorização prévia do PlanSaúde (Formulário de Solicitação de Fonoaudiologia), disponível para download no endereço eletrônico [item IV Canais de Atendimento, deste](#), informando os seguintes dados:
 - a) Identificação do paciente, do prestador e do médico assistente
 - b) Dados clínicos sumarizados e justificativa técnica para realização da assistência fisioterápica (relevância/pertinência da indicação frente ao diagnóstico/hipótese diagnóstica informada).
 - c) Planejamento terapêutico;
 - d) Quantidade total de sessões solicitadas;
 - e) Local de acomodação do paciente.
3. Será permitida a cobrança de 01 (uma) sessão de Exercícios fonoaudiológicos em paciente internado/dia compatível com a patologia do paciente, independentemente do local de acomodação (enfermaria ou UTI).
4. Em casos excepcionais, onde for comprovadamente necessária a realização de mais de uma sessão de cada tipo de fonodialogia, deverá ser solicitada a autorização prévia do médico regulador/auditor do PlanSaúde, sob pena de não pagamento dos procedimentos adicionais realizados sem autorização.
5. A autorização prévia pode ser dada pela Central de Regulação do PlanSaúde ou pelo médico auditor hospitalar.
6. A cobrança da assistência fonoaudiológica deverá ser efetuada mediante lançamento, na guia de internação, do código especificado, segundo Tabela de Procedimentos do PlanSaúde.
7. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deverá encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação de Exercícios Fonoaudiológicos original autorizada pelo médico auditor e anexar uma cópia ao prontuário médico.
8. pagamento da fonoaudiologia hospitalar poderá ser realizado de duas formas:
 - a) Diretamente ao fonoaudiologia, desde que este seja credenciado do PlanSaúde;
 - b) Diretamente ao hospital, para repasse posterior ao fonoaudiologia, quando este não for credenciado.

12.3 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

- 1 Conjunto de procedimentos terapêuticos destinados à manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição enteral e, ou, parenteral. Quando aplicada a pacientes internados é parte dos cuidados dispensados, que se soma ao tratamento clínico e, ou, cirúrgico da doença de base, sendo, pois, um tratamento complementar nos casos em que não há possibilidade de suprir as necessidades metabólicas do paciente através da alimentação natural.

REGRAS GERAIS

- 2 Atenção para a indicação do suporte nutricional pelo médico assistente, que deverá estar assentada na necessidade de manutenção ou correção do estado nutricional do paciente, sob tratamento clínico ou cirúrgico.
- 3 suporte nutricional deverá ser criteriosamente indicado e, da mesma forma, deverão ser selecionados os pacientes para realização da terapia nutricional quanto a melhor forma de nutrição. A nutrição enteral deverá ter sempre prioridade em relação à nutrição parenteral, até porque esta última tem indicações bem restritas.
- 4 A aplicação da terapia nutricional somente poderá ser realizada nos pacientes sob regime de internação hospitalar, e a indicação e a manutenção do paciente em suporte nutricional deverão ser previamente autorizadas pelo PlanSaúde.
- 5 Somente poderão ser prescritas produtos (fórmulas) que constam dos Quadros 32 e 33 a seguir.
6. hospital deverá ter uma área específica para o preparo de Nutrição Enteral e outra para o preparo de Nutrição Parenteral asseguradas quanto à utilização de técnica asséptica.
7. controle radiológico será reconhecido em duas situações:
 - a) Avaliar o posicionamento da sonda enteral para nutrição enteral.
 - b) Avaliar o posicionamento do cateter venoso central.
8. O preparo da nutrição parenteral é uma atividade restrita ao profissional farmacêutico.
9. diagnóstico e o acompanhamento nutricional são partes integrante dos serviços da terapia nutricional, não cabendo, portanto, cobrança em separado.
10. A via para administração da nutrição parenteral deve ser exclusiva.
11. Para os códigos 2.02.01.10-9 Avaliação clínica diária enteral, 2.02.01.11-7 Avaliação clínica diária parenteral ou 2.02.01.12-5 Avaliação clínica diária parenteral e enteral cabe cobrança somente para o médico nutrólogo, que deverá ter o registro da sua especialidade no PlanSaúde.
12. Não cabe a cobrança de visita hospitalar concomitante com avaliação enteral / parenteral.

12.3.1 MATERIAIS ASSOCIADO À ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA ENTERAL OU PARENTERAL:

Nutrição Enteral

1. **Bomba de infusão:** A administração da NE em bomba de infusão (BI), de forma contínua ou com pausas, é coberta nos seguintes casos:
 - a) No caso de acesso jejunal;
 - b) Em pacientes com patologias disabsortivas, desnutrição severa ou após jejum prolongado;
 - c) Na presença de distúrbios gastrointestinais que podem ser relacionados à NE (cólicas, vômitos, diarreia, distensão abdominal etc.);
2. Equipe: Nutrição Enteral administrada em infusão intermitente, por bomba de infusão ou gravitacional:

- a) equipo de infusão (azul) deve ser trocado a cada 24 horas, especialmente nos casos de administração intermitente, sistemas abertos e pacientes imunocomprometidos.
 - b) Alguns sistemas fechados (prontos para uso) podem permanecer instalados, à temperatura ambiente, durante 48 horas, sempre e quando o caráter fechado do sistema não for alterado.
 - c) Com sistemas fechados, trocar a cada 24-48 horas ou de acordo com a recomendação do fabricante.
 - d) Admite-se a troca ocasional antes das 24 horas em caso de contaminação durante a administração ou em caso de obstrução (justificativa consubstanciada).
3. **Filtro:** O filtro, presente na linha de infusão de alguns equipos, pode reter nutrientes. Assim não tem indicação de uso na nutrição enteral.

Nutrição parenteral

4. **Bomba de infusão:** Utilizar, preferencialmente bomba de infusão, verificando o gotejamento prescrito e a via de administração.
5. **Equipo:** Administração contínua, via bomba de infusão, em 24 horas, com fluxo constante, sem interrupção, regras:
 - a) Trocar o equipo e dispositivo complementar a cada bolsa a ser infundida;
 - b) Em NPT/NPP, em até 24 horas, a partir da instalação;
 - c) Infusões lipídicas: Trocar o equipo e dispositivo complementar a cada 12 horas, e este deve ser isento de dietilexilftalato (DEHP);
 - d) A conexão do equipo de infusão na bolsa, deve ser realizada imediatamente antes da administração;
 - e) Quando na nutrição parenteral total houver uma mistura de nutrientes ou formulações com aminoácido/dextrose, o equipo deve ser isento de DEHP (dietilexilftalato);
 - f) A via de administração deve ser exclusiva.
6. **Filtro:** na linha de infusão da bolsa de nutrição parenteral, cobertura:
 - a) Filtro de 0,22 micra: Quando a nutrição parenteral contiver fosfato e cálcio. A troca do filtro deve se dar juntamente com a do equipo a cada 24-48 horas.
 - b) Filtro de 1,2 micra: Quando a nutrição parenteral contiver lipídeos. A troca do filtro deve se dar a cada 24 horas.

12.3.2 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

1. Nutrição Enteral (NE): Alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. Nutrição Enteral em Sistema Aberto – requer manipulação prévia à sua administração, para uso imediato ou atendendo à orientação do fabricante. Nesta forma de administração os frascos diet administradas serão pagos por horário.
3. Nutrição Enteral em Sistema Fechado – industrializada, estéril, acondicionada em recipiente hermeticamente fechado e apropriado para conexão ao equipo de administração.
4. Administra nutrientes na forma de dietas, com fórmulas quimicamente definidas - monoméricas, oligoméricas ou poliméricas, por meio do tubo digestivo, com utilização ou não de sondas gástricas ou jejunais, com acompanhamento clínico e laboratorial.
5. Deverá ser utilizada quando estiverem mantidas as capacidades absortivas e motoras do trato gastrointestinal, e não será considerada nutrição enteral, em crianças, a dieta própria para a idade administrada por sonda.
6. Assim, a terapia de nutrição enteral será autorizada exclusivamente nas seguintes situações:
 - a) para pacientes impossibilitados de ingestão oral, seja por patologias do trato gastrointestinal alto, por intubação oro-traqueal, por distúrbios neurológicos com comprometimento do nível de consciência ou dos movimentos mastigatórios;
 - b) para pacientes com ingestão oral baixa, causada por anorexia de diversas etiologias.

Indicações:

1. A terapia enteral nutricional será autorizada nas situações abaixo, e em caso excepcionais após avaliação do médico auditor

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

Quadro 30: Condições nosológicas passíveis de utilização da nutrição enteral:

Condição do sistema digestório	Condição clínica apresentada pelo paciente
Integridade do tubo gastrointestinal em pacientes com ingestão oral insuficiente, < 70% necessidades diárias.	Lesões do SNC; Anorexia nervosa; Caquexia cardíaca; Neoplasias; Doenças desmielinizantes; Lesões orais graves/extensas; Grandes queimaduras; AVC; Septicemia; Depressão grave; Anomalias congênitas (fissura do palato, atresia do esôfago, fístula traqueo esofágica...).
Dificuldades de acesso ao intestino normal por conta de dor ou desconforto produzidos alimentação	Doença de Crohn; Colite ulcerativa; Carcinoma do TGI; Pancreatite aguda; Fibrose cística em crianças; Lesão de face e mandíbula; Deglutição comprometida de causa muscular/neurológica; Lesão obstrutiva inflamatória benigna ou Fístulas enterocutâneas de alto débito.
Anormalidades funcionais do intestino nos casos de disfunção do trato gastrointestinal.	Síndrome de má absorção; Fístula enterocutâneas de alto débito; Síndrome do intestino curto; Enterite por quimioterapia e radioterapia; Doenças intestinais neonatais.

Em crianças	Ingestão oral inadequada com perda de peso e crescimento deficiente, estados hipercatabólicos,
-------------	--

12.3.3 REGRAS ESPECÍFICAS PARA NUTRIÇÃO PARENTERAL

1. A TNP deve atender a procedimentos escritos específicos e serem devidamente registradas, evidenciando as ocorrências na execução dos procedimentos.
2. A TNP deve abranger, obrigatoriamente, as seguintes etapas:
 - a) Indicação e prescrição médica.
 - b) Preparação: avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte.
 - c) Administração.
 - d) Controle clínico e laboratorial.
 - e) Avaliação final.
3. A unidade hospitalar habilitada à prática da TNP, deve contar com:
 - a) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - formal e obrigatoriamente constituída de, pelo menos, um profissional de cada categoria, que cumpra efetivamente com treinamento específico para essa atividade, a saber: médico, farmacêutico, enfermeiro e nutricionista, com as respectivas atribuições.
 - b) Farmacêutico - para realizar todas as operações inerentes ao desenvolvimento, preparação (avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte) da NP. **PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS**
 - c) Farmácia – destinada à preparação da NP, com licença de funcionamento concedida pelo órgão sanitário competente e recursos humanos, infraestrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais que atendam às recomendações das Boas Práticas de Preparação de Nutrição Parenteral, localizada, projetada e construída de forma a se adequar às operações desenvolvidas e de assegurar a qualidade das preparações, possuindo, no mínimo os seguintes ambientes:
 - Área de manipulação (área classificada)
 - Sala de limpeza e higienização dos produtos farmacêuticos e correlatos
 - Sala de manipulação (área classificada)
 - Vestiários
 - Área de armazenamento
 - Área de dispensação
 - d) Cadastro do serviço de NP junto ao Órgão de Vigilância Sanitária local,
4. As unidades hospitalares que não possuem as condições previstas para operar serviço próprio podem contratar os serviços de terceiros, devidamente licenciados, para a

operacionalização total ou parcial da TNP, devendo, nestes casos, formalizar um contrato por escrito.

5. A terapia de Nutrição Parenteral (NP) pode ser:

a) Total: Administração dos insumos (aminoácidos, glicose e lipídios, vitaminas, eletrólitos e oligoelementos) por meio de um tronco venoso central, seguida de acompanhamento clínico e laboratorial, visando a síntese de tecidos ou a manutenção, em pacientes desnutridos ou não.

b) Periférica: Administração dos insumos (aminoácidos, glicose e lipídios, vitaminas, eletrólitos e oligoelementos), por meio em via venosa periférica, seguida de acompanhamento clínico e laboratorial, tendo em vista a manutenção das reservas proteicas e calóricas do organismo.

6. Geralmente é indicada quando há contraindicação absoluta para o uso do trato gastrointestinal (inacessível ou não funcional), sendo as condições a seguir as cobertas pelo PlanSaúde:

Indicações

Quadro 30: Condições que indicam o uso da nutrição parenteral

Sistema digestório	Condições clínicas
Trato gastrointestinal	Condições que impeçam o uso do trato gastrointestinal por mais de 7 a 10 dias em adultos, 5 a 7 dias em pacientes pediátricos e 1 a 2 dias em neonatos.
Insuficiência do aporte enteral	Recomendada a associação da NP após 05 dias de TNE sem sucesso.
Pré-operatória	Em particular para doentes portadores de desnutrição grave (perda de peso corpóreo $\geq 15\%$) com doenças obstrutivas no trato gastrintestinal alto, 7 a 10 dias antes da cirurgia.
Complicações cirúrgicas pós-operatórias	Fístulas intestinais em trânsito e com alto débito, íleo prolongado e infecção peritoneal.
Pancreatite aguda grave	Na impossibilidade do uso do sistema digestório pela presença de vômitos, dor abdominal, íleo adinâmico e ascite pancreática.
Síndrome do intestino curto	Impossibilidade de absorção adequada de nutrientes por via oral ou enteral por tempo indeterminado, se houver menos de 60 cm de intestino funcionante
Desordens gastrintestinais	Vômitos crônicos e doença intestinal infecciosa.
Doença inflamatória intestinal	Colite ulcerativa complicada ou em período pré-operatório e doença de Crohn.
Câncer	Quando o tratamento causa toxicidade gastrintestinal, impedindo a ingestão oral por mais de uma semana

Pacientes críticos	Quando é esperado que o hipermetabolismo se prolongue por 4 a 5 dias
Insuficiências orgânicas	Insuficiências hepática e renal.
Fístulas digestivas, Íleo paralítico prolongado	Geralmente em trânsito e com alto débito
Condições pediátricas	Prematuros, má formação congênita do trato gastrointestinal (atresia esofágica intestinal) gastroquise, onfalocele e diarreia crônica intensa

12.3.4 PRODUTOS PARA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL E PARENTERAL

Os produtos para uso na terapia enteral ou parenteral cobertos pelo PlanSaúde e serão pagos conforme tabela abaixo:

12.3.5 REGRAS PARA SOLICITAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E REGISTRO DA TERAPIA NUTRICIONAL

1. A terapia nutricional aplicada deverá ser solicitada por meio do Formulário Padrão para Solicitação de Terapia Nutricional, ter os devidos registros obrigatórios no prontuário do paciente, pela equipe multiprofissional, quais sejam:
 - a) Médico: Indicação, que deve ser precedida da avaliação nutricional do paciente, que deve ser repetida, no máximo, a cada 10 dias, segundo normas da ANVISA, bem como a de estabelecer o acesso intravenoso central, para a sua administração e de procedê-lo, assegurando sua correta localização. No caso de nutrição parenteral cabe ao médico prescrever a fórmula e via de administração;
 - b) Farmacêutico: Preparação, desenvolvimento, avaliação farmacêutica, manipulação, controle de qualidade, conservação e transporte das nutrições (desde que haja no hospital as condições requeridas pelo órgão nacional regulador);
 - c) Nutricionista: Prescrição dietética para nutrição enteral, que deve contemplar o tipo e a quantidade dos nutrientes requeridos pelo paciente, considerando seu estado mórbido, estado nutricional e necessidades nutricionais e condições do trato digestivo;
 - d) Enfermeiro: A administração da terapia nutricional.
2. A terapia nutricional será cobrada em conjunto com a conta hospitalar, anexando o documento padrão para solicitação da terapia, o Formulário Padrão para Solicitação de Terapia Nutricional original, autorizado pelo médico auditor/regulador, devidamente preenchido, especificando o produto/insumos nutricionais solicitados e utilizados, para os quais caberão pagamento.

12.4 CURATIVOS/COBERTURAS DE FERIDAS

1. São cuidados dispensados a uma área do corpo que sofreu interrupção na continuidade da pele, o que representa uma ferida.
2. curativo representa todo material colocado diretamente sobre uma ferida, tendo por objetivos: evitar a contaminação de feridas limpas; facilitar a cicatrização; reduzir a infecção nas lesões contaminadas; absorver secreções, facilitar a drenagem de

secreções; promover a hemostasia com os curativos compressivos; manter o contato de medicamentos junto à ferida e promover conforto ao paciente.

3. Podem ser abertos, fechados/oclusivos ou compressivos, sendo que os oclusivos são subdivididos em úmidos e secos. Os curativos úmidos têm por finalidade reduzir o processo inflamatório por vasoconstricção; limpar a pele dos exsudatos, crostas e escamas; manter a drenagem das áreas infectadas e promover a cicatrização pela facilitação do movimento das células.
4. A escolha do curativo dependerá:
 - a) A etiologia e localização da lesão;
 - b) Tamanho de ferida
 - c) Condições clínicas
 - d) Fases do processo de cicatrização.
5. Vantagens e indicações para cada tipo de curativo
 - a) Curativo fechado: Absorver a drenagem de secreções; proteger o ferimento das lesões mecânicas; promover hemostasia através de curativo compressivo; impedir contaminação do ferimento; promover o conforto psicológico do paciente.
 - b) Curativo aberto - Eliminar as condições necessárias para o crescimento de microrganismos (calor, umidade, ausência de luz solar etc.); permitir melhor observação e detecção precoce de dificuldades no processo de cicatrização; facilitar a limpeza; evitar reações alérgicas ao esparadrapo; ser de menor custo.
6. As medicações tópicas nos curativos podem ser veiculadas através de pós, loções, cremes, géis, pastas, pomadas, sprays, aerossóis, entre outros.

12.4.1 TRATAMENTO DE FERIDAS

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

O processo de escolha da terapia tópica a ser utilizada, dentre as padronizadas na instituição, deve ser o que atenda às necessidades da ferida, definidas após avaliação criteriosa. Esta seleção é atribuição exclusiva de profissionais de saúde médicos e enfermeiros. Uma terapia tópica inapropriada pode prejudicar ou até mesmo impedir o processo de reparação tecidual.

12.4.2 LESÕES ULCEROSAS MAIS COMUNS

Úlceras de perna: Os fatores predisponentes são o ortostatismo, a vulnerabilidade da perna a traumas e infecções, os efeitos do aumento da pressão venosa e a diminuição do fluxo arterial.

Úlceras de estase: Provocada por insuficiência venosa crônica devido a sequela de trombose, varizes primárias, anomalias valvulares e outras causas que interferem no retorno do sangue venoso. Formam-se após traumas ou infecções ou por surgimento espontâneo na área de estase.

Úlceras micro angiopáticas: Ocorrem na vigência de hipertensão arterial diastólica, micro angiopatia diabética e outras vasculites localizadas no tecido dérmico.

Úlceras arterioscleróticas: Úlcera de perna ou pé, encontrada em idosos, desencadeadas por isquemia cutânea dependente de lesões arteriais, geralmente após traumas.

Úlceras anêmicas: Úlceras da perna que pode ocorrer em vários tipos de anemias hemolíticas- esferocítica e não esferocítica.

Úlceras neurotróficas: O mal perfurante é a ulceração crônica em áreas anestésicas, por trauma ou pressão. A neuropatia periférica é sua causa frequente.

Úlceras de pressão: Lesões ulceradas que ocorrem na região lombo- sacra, nos tornozelos, calcanhares e outras regiões de doentes acamados, debilitados ou paraplégicos. São determinadas pela pressão contínua que se exerce sobre determinada área cutânea e dependem de mecanismos vasculares e neurotróficos.

Queimaduras: Lesão que pode levar à destruição total ou parcial da pele e de seus anexos, assim como estruturas mais profundas.

De regra geral os critérios para seleção da cobertura, quanto às características da ferida, são:

- a) Tipo: Seca, crosta, exsudato, necrose
- b) Localização: Por segmento anatômico
- c) Tamanho (extensão dos tecidos envolvidos): Comprimento, largura e profundidade
- d) Formato: Superficial ou profunda.

12.4.3 REGRAS GERAIS PARA COBERTURA DE FERIDAS

Essas orientações têm a finalidade de estabelecer os critérios para a solicitação, autorização e uso de curativos ou coberturas especiais, nos beneficiários do PlanSaúde.

1. A solicitação de curativos e de coberturas especiais industrializadas, deverá ser feita pelo médico assistente, com registro no prontuário. Será avaliada pelo médico regulador, médico ou enfermeiro auditor ou por um profissional regularmente habilitado em curativos, o estoma terapeuta, para fins de autorização.
2. A solicitação deverá ser feita no Formulário de Solicitação para Uso de Curativos e Coberturas Especiais, devidamente preenchida, para análise técnica. Esses curativos/coberturas especiais industrializadas só poderão ser solicitados dentre as opções cobertas pelo PlanSaúde, identificados pelo princípio ativo/tipo de curativo, conforme Quadros 36 e 37, a seguir.
3. Quando comprovada a necessidade de curativos subsequentes (paciente internado), como no caso de escaras, por exemplo, deverão ser seguidos os mesmos trâmites para a solicitação.
4. Curativos decorrentes do ato cirúrgico realizado, não se paga o curativo ou a taxa de curativo, material e medicamento, por já estarem incluídos na taxa de sala.
5. Curativos realizados em pacientes não internados: Exclusivamente para os casos em que houve a necessidade de curativos seriados - deiscência de suturas e infecções, cabe:
 - a) pagar kit curativo, no tipo requerido segundo as características da lesão;
 - b) medicamento utilizado será pago a parte;
 - c) ser autorizado pela auditoria in loco.

- d) a solicitação deve vir acompanhada de justificativa contendo: descrição da lesão (localização, tamanho, profundidade, perda de substância, presença de infecção/necrose, entre outros), etiologia, tipo de curativo proposto, serão autorizados no máximo 05, por vez, caso haja indicações para realização de quantidade superior a esta, deverá ser avaliado a pertinência pelo médico auditor.
6. A terapia tópica para curativos simples e industrializados tem indicações precisas por tipo de produto e lesões, e seguirão o padrão abaixo relacionadas:

12.4.4 PADRÃO DE CURATIVO SIMPLES:

Quadro 35: Kits cobertos pelo PlanSaúde, por tamanho do curativo

Código	DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	INCLUI
Código TPPS	Curativo Tipo 1 (pequeno)	Kit	<ul style="list-style-type: none"> - 01 a 05 gazes estéreis; - Até 02 pares de luvas de procedimentos; - Soro fisiológico 0,9% até 200 ml; - 01 Micropore para 7 dias; - Até 02 ataduras; - Até 02 compressas cirúrgicas.
Código TPPS	Curativo Tipo 2 (Médio)	Kit	<ul style="list-style-type: none"> - 06 a 10 gazes estéreis; - Até 03 pares de luvas estéreis; - Soro fisiológico 0,9 até 1000 ml; - 01 Micropore para 7 dias; - Até 04 ataduras;
			<ul style="list-style-type: none"> - Até 02 compressas cirúrgicas; - 02 pares de luvas de procedimento.
Código TPPS	Curativo Tipo 3 (Grande)	Kit	<ul style="list-style-type: none"> - 11 a 15 gazes estéreis; - Até 04 pares de luvas estéreis; - Soro fisiológico 0,9 até 1000 ml; - 01 Micropore para 5 dias; - Até 06 ataduras; - Até 02 compressas cirúrgicas; - 02 pares de luvas de procedimento.

12.4.5 PADRÃO DE CURATIVOS/COBERTURAS INDUSTRIALIZADOS (ESPECIAIS OU NÃO):

1. Serão indicados de acordo com a especificidade de cada lesão.
2. valor individual de cada cobertura obedecerá ao valor cotado/constante da tabela própria vigente, que o PlanSaúde venha a implantar.
3. Para fins de cobrança e pagamento o prestador deve encaminhar junto com a fatura o formulário de solicitação do curativo/cobertura, original, autorizada pelo médico auditor, regulador ou enfermeiro auditor, anexando outra ao prontuário, e comprovação de uso por meio da fixação das etiquetas/selo/código de barra de rastreabilidade, contidas nas embalagens do(s) produto(s).
4. Os produtos industrializados só poderão ser solicitados dentre as opções cobertas pelo PlanSaúde, referindo o princípio ativo, conforme classificação que segue, englobando os principais grupos de curativos/ cobertura de feridas.

12.4.6 PRODUTOS PARA CURATIVOS/COBERTURA DE FERIDAS

Quadro 36: Produtos não especiais para cobertura de feridas

Produto:	BOTA DE UNA - Atadura para terapia compressiva.
Composição:	· Gaze elástica contendo óxido de zinco, glicerina, gelatina em pó, água, acácia, óleo de castor e petrolato branco para evitar o endurecimento.
Apresentação:	· Rolo tipo atadura aproximadamente de 80 cm.
Indicações:	· Cobertura primária ou secundária de feridas decorrente de insuficiência venosa (úlceras venosas de MMIII) e edema linfático.
Contraindicações	· Úlceras arteriais, úlceras arteriovenosas, presença de infecção e presença de miíase. SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS
Uso e Troca:	· Semanal.
	· Após 1ª colocação, avaliação clínica em 24hs ou 48hs e 1ª troca em 4 dias · Após controle do exsudato deve permanecer até 7 dias. · Trocar a cobertura secundária sempre que saturada
Produto:	ÁCIDO LINOLÉICO – AGE - Dersani, AGEDerm; Ativoderme ÁCIDO LINOLÉICO associado a LANOLINA – Sommacare. Mantêm o meio úmido e aceleram o processo de granulação.
Composição:	· Ácidos graxos essenciais.
Apresentação:	· Aplicar utilizando uma gaze embebida em ácido linoléico.
Indicações:	· Lesões abertas não infectadas. · Profilaxia de úlceras de decúbito.
Contraindicações:	· Tecidos desvitalizados, hipergranulação, lesões infectadas, feridas oncológicas.

Uso e Troca:	· Em média de 12 a 24 horas ou se estiver aturado com secreção.
Produto:	CARVÃO ATIVADO COM PRATA (sachê).
Composição:	· Carvão ativado com prata composto por um envoltório de não tecido e um tecido de carvão ativado impregnado com 25 µg/cm ² de prata.
Apresentação:	· Embalagem com 01 sachê
Indicações:	· Feridas exsudativas e infectadas, com ou sem odor
Contraindicações	· Hipersensibilidade a prata · Feridas com sangramento · Aplicação direta em tumor · Feridas limpas e secas
Uso e Troca	· O curativo pode permanecer até 7 dias. As trocas ocorrem em média de 3 a 7 dias dependendo da capacidade de adsorção. · Trocar a cobertura secundária sempre que estiver saturada.
Produto:	ÁCIDO HIALURÔNICO (Hyalastine e Connettivina) - Gaze não aderente.
Composição:	· Ácido hialurônico, em creme, gaze, spray e ampola (Hyalastine).
Apresentação:	· Gaze não aderente.
Indicações:	· Queimaduras superficiais de 2º grau. · Áreas cruentas pós-trauma ou ressecção cirúrgica. · Feridas com formação de tecido de granulação. · Áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo cutâneos.
Contraindicações:	· Ferida que apresenta secreção purulenta.
Uso e Troca	· Em média de 12 a 24 horas.

ÁCIDO HIALURÔNICO E SULFADIAZINA DE PRATA -		
Produto:	Connettivina Plus.	
Composição:	· Constituída por ácido hialurônico e sulfadiazina de prata.	
Apresentação:	· Creme e gaze.	
Indicações:	· Queimaduras superficiais de 2º grau. · Áreas cruentas pós-trauma ou ressecção cirúrgica. · Feridas com formação de tecido de granulação. · Áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo cutâneos.	
Contraindicações:	· Ferida que apresenta secreção purulenta.	
Uso e Troca	· Em média de 12 a 24 horas.	
ÁCIDO RICINOLÉICO derivado do óleo de mamona - <i>Ricinus communis</i> – Hig-Med.		
Produto:	<i>communis</i> – Hig-Med.	
Composição:	· Tem como componente principal o ácido ricinoléico. Sua ação bactericida é citolítica. É solvente ativo da quitina, presente membrana celular de todo microrganismo.	
Apresentação:	· Líquida.	
Indicações:	Debridante químico e facilitador do processo cicatricial. Tratamento de feridas infectadas como coadjuvante da antibioticoterapia sistêmica. Diluições recomendadas pelo Instituto de Biociência da Universidade Estadual de Botucatu (UNESP) e Instituto Adolfo Lutz, Bauru-SP.	
	Microorganismo	Diluição - Hig- Med@/ água
	GRAM Positivo	Concentração
	Staphylococcus coagulase negative	1:1000
	MRSA (Staphylococcus aureus resistente a metacilina)	1:2000
	MSSA (Staphylococcus aureus sensível a metacilina)	1:1200
	Enterococcus	1:240
	GRAM Negativo	Concentração
	P. aeruginosa	1:4
	E. coli	
Enterobacter sp		

	<table border="1"> <tr> <td>Citrobacter sp</td> <td rowspan="3">solução padrão</td> </tr> <tr> <td>K. pneumoniae</td> </tr> <tr> <td>Acinetobacter</td> </tr> <tr> <td>Bacillus subtilis</td> <td rowspan="3">1:20</td> </tr> <tr> <td>Bacillus cereus</td> </tr> <tr> <td>Vibrio cholerae</td> </tr> </table>	Citrobacter sp	solução padrão	K. pneumoniae	Acinetobacter	Bacillus subtilis	1:20	Bacillus cereus	Vibrio cholerae
Citrobacter sp	solução padrão								
K. pneumoniae									
Acinetobacter									
Bacillus subtilis	1:20								
Bacillus cereus									
Vibrio cholerae									
Contraindicações:	Não referida.								
Uso e Troca	<ul style="list-style-type: none"> · Efeito Debridante: aplicar utilizando uma gaze embebida com ácido ricinoléico a 100%. Mantê-la sobre o leito da ferida, segundo a necessidade, por um período de 5 a 15 minutos. · Efeito Bactericida: lavar o leito da ferida com ácido ricinoléico diluído em solução fisiológica na proporção de 1:4 (solução padrão). · Repetir a operação, toda a vez que o curativo for realizado. 								
Produto:	<p>GAZE NÃO ADERENTE de Acetato de Celulose Impregnada com Petrolato - Adaptic, Lomatuell.</p> <p>GAZE NÃO ADERENTE de Fibras de Poliéster Hidrófobo Impregnada com: Ácido Graxo Essencial (Atrauman); Aloe Vera (Carresyn Garze); Ácido Hialurônico (Connettivina); Ácido Hialurônico e Sulfadiazina de Prata (Connettivina Plus).</p>								
Composição:	<ul style="list-style-type: none"> · Composto de malha de acetato de celulose, impregnado com emulsão neutra de petrolatum. 								
Apresentação:	<ul style="list-style-type: none"> · Malha de tamanhos variados. Preserva o tecido em granulação e não adere ao leito da ferida. 								
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Feridas fechadas, limpa, com sangramento; feridas limpas abertas em granulação com exsudação; ferida necrosada com exsudação; · Queimaduras superficiais de 2º grau; · Áreas cruentas pós-trauma ou ressecção cirúrgica; · Áreas doadoras e receptoras de enxertos dermo-cutâneos. 								
Contraindicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Na ferida que apresenta secreção purulenta. 								
Uso e Troca:	<ul style="list-style-type: none"> · Em média a cada 24 horas. 								
Produto:	<p>HIDROCOLÓIDE: Comfeel, Duoderm, Hydrocoll, Replicare, Restore, Suprasorb H, Tegisorb. HIDROCOLÓIDE com</p> <p>ALGINATO de CÁLCIO e SÓDIO - Ultec PRO.</p>								
Composição:	<ul style="list-style-type: none"> · Camada interna: gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. · Camada externa: espuma de poliuretano. 								

<p>Apresentação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Gel hidroativo incolor indicado para a hidratação de feridas secas com necrose ou fibrina auxiliando o desbridamento autolítico, e para o preenchimento de cavidades; · Curativo em placa indicado para proteção de áreas de risco de formação de úlceras de pressão, como proeminências ósseas, e manutenção do meio úmido de cicatrização em feridas pouco exsudativas como suturas e úlceras de pressão de grau I e II; · Curativo em placa com camada hidrocolóide mais espessa indicado para a manutenção do meio úmido em feridas
	<p>moderadamente exsudativas como úlceras vasculares, de pressão de grau III e IV e queimaduras de 1º e 2º grau;</p> <ul style="list-style-type: none"> · Curativo em placa com borda adesiva de hidrocolóide e formato triangular para uma melhor fixação do curativo em áreas anatomicamente difíceis como a região sacral, calcâneo, trocanter, joelho, etc. Disponível em formato triangular e quadrado.
<p>Indicações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Feridas limpas, com média e pequena quantidade de exsudato; · Prevenção de úlceras de pressão; · Queimaduras de segundo grau; · Coberturas de incisões, suturas cirúrgicas e na fixação de tubos e drenos poderão ser utilizados hidrocolóides de espessura extrafina; · Feridas cavitárias, nas quais podem ser utilizados hidrocolóides em forma de pasta ou grânulos.
<p>Contraindicações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Em feridas infectadas.
<p>Uso e Troca</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Com a saturação do produto em média no 5º ou 6º dia. Neste caso, o hidrocolóide adquire uma coloração mais clara e consistência menos densa.
<p>Produto:</p>	<p>PAPAÍNA CREME 10%: Atua como debridante químico, facilitando o processo cicatricial; tem ação bacteriostática, bactericida e anti-inflamatória;6- proporciona alinhamento das fibras de colágeno, promovendo crescimento tecidual uniforme.</p>
<p>Composição:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · É composta por enzimas proteolíticas e peroxidases: papaína, quimiopapaína A e B e papayapeptidase.
<p>Apresentação:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Poderá ser utilizada <i>in natura</i>, em creme ou liofilizada, dissolvida em solução fisiológica.
<p>Indicações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Tratamento de feridas abertas com tecido inviável seco · Como desbridante químico e facilitador do processo cicatricial; · Como coadjuvante da antibioticoterapia sistêmica de feridas infectadas; · Efetua desbridamentos seletivos.

Contraindicações:	· Não referidas.
Uso e Troca	· A frequência de troca indicada é em média de 12 a 24 horas ou com saturação do curativo
A papaína em gel a 10% é utilizada em lesões com necrose úmida, em feridas com presença de tecido inviável, mas que tenha tecido viável > 50%, aplicando topicamente sobre o ferimento 1 a 3 vezes ao dia.	
Produto:	SULFADIAZINA de PRATA - Dermazine, Pratazine.
Composição:	Pomada hidrofílica, composta por sulfadiazina de prata a 1%. Pode ser associada: nitrato de cério e ácido hialurônico.
Apresentação:	Bisnaga com 15g, 30g ou 50 g. Pote com 100g ou 400g.
Indicações:	Agente antimicrobiano tópico na terapia de queimaduras, feridas cirúrgicas, úlceras e escaras infectadas. Previne infecções nos cateterismos vasculares.
Contraindicações:	O uso não é recomendado, em caso de gravidez a termo, crianças prematuras e recém-natos no primeiro mês de vida, quando a utilização for em grandes áreas do corpo. Não deve ser utilizado em pacientes alérgicos às sulfas e demais componentes da formulação.
Uso e Troca	A cada 12 horas.
Produto:	HIDROGEL: Hidrogel com ou sem alginato de cálcio e sódio. Promove o desbridamento autolítico e estimula a cicatrização em feridas secas, superficiais ou profundas, com ou sem infecção, necrose ou esfacelo.
Composição:	· Composto por óleos de origem vegetal, umectante, espessante, emulsificante, neutralizante e água deionizada.
Apresentação:	Gel transparente e incolor composto por água e no mínimo carboximetilcelulose. Encontram-se apresentações com ou sem alginato de cálcio e sódio associados. Hidrogel de 15 g ou 30 g
Indicações:	Estimular a cicatrização das feridas com pouca exsudação ou secas, superficiais ou profundas e eliminação do tecido morto, podendo ser usado em feridas com tecido de granulação, úlceras venosas, arteriais e por pressão, queimaduras de segundo grau de pequena extensão, feridas de perda parcial ou total de tecidos e áreas pós-trauma. O Hidrogel é também ideal para a manutenção da viabilidade de ossos e tendões expostos em feridas profundas.

Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> · Pele íntegra · Feridas operatórias fechadas · Feridas muito exsudativas · Fístulas
Uso e Troca	<p>Quando utilizado com gaze como cobertura a troca é a cada 24hs.</p> <p>Pode permanecer por até 7 dias quando associado com algumas coberturas como por exemplo hidrocolóide ou hidrofibra.</p> <p>Feridas infectadas troca no máximo a cada 24hs.</p> <p>Feridas com necrose troca no máximo cada 72hs.</p>
Produto:	HIDROCOLÓIDE EM PLACA COM ALGINATO DE CÁLCIO – Ultec PRO
Composição:	<p>Camada interna: gelatina, pectina, alginato e carboximetilcelulose sódica.</p> <p>Camada externa: espuma de poliuretano.</p>
Apresentação:	<ul style="list-style-type: none"> · Placa resistente a tração, retangular ou quadrangular, com dimensão de tamanhos variados.
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Feridas limpas, com média e pequena quantidade de exsudato; · Prevenção de úlceras de pressão; · Queimaduras de segundo grau.
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> · Feridas infectadas e queimaduras de 3º ou 4º graus.
Uso e Troca	<ul style="list-style-type: none"> · Com a saturação do produto em média no 5º ou 6º dia. Neste caso, o hidrocolóide adquire uma coloração mais clara e consistência menos densa. Em caso de necrose trocar em até 3 dias
Produto:	PROTETOR CUTÂNEO em PERIOSTOMIA – Stomaresi, Cavilon - Polímero de secagem rápida que, aplicada à pele, forma uma película protetora incolor e transparente.
Composição:	<ul style="list-style-type: none"> · Gelatina: função de hemostasia e absorção. Faz a hidrólise parcial do colágeno. · Pectina: absorve a água, transformando-se em solução coloidal viscosa. · Carboximetilcelulose sódica: fornece estabilidade à emulsão. · Poliisobutileno: resistente à ação de ácidos drenados pelo organismo.
Apresentação:	<ul style="list-style-type: none"> · Hidrocolóide em grânulo, placa ou pasta.

Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Pó (Stomaresi): indicado em lesões úmidas. Tem propriedade secativa, formando uma película protetora; · Pasta (hidrocolóide): serve como selante de coaptação entre o ostoma, a pele adjacente e a bolsa coletor; · Placa (hidrocolóide): protege e regenera a cútis, permitindo a fixação de bolsas coletoras; · Solução líquida, bastão ou compressa (Cavilon): seca a pele, formando uma película protetora. · Não havendo outra alternativa tecnológica, a albumina pode ser utilizada em substituição ao protetorcutâneo em peristomia.
Contraindicações:	· Não referidas.
Uso e Troca	· Não referido.

Quadro 37: Produtos especiais para cobertura de feridas

Produto:	<p>· ALGINATO DE CÁLCIO/CARVÃO ATIVADO - Carboflex.</p> <p>Favorece o desbridamento autolítico; controla o odor e não adere ao leito da ferida.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pode necessitar de curativo secundário ou fixação externa direta com fita adesiva.
Composição:	<p>O curativo é formado por três camadas principais interpostas por filme EMA:</p> <p>Camada interna: alginato de cálcio e sódio.</p> <p>Camada intermediária: carvão ativado.</p> <p>Camada externa: hidrofibra.</p>
Apresentação:	<p>☐ Curativo controle do odor estéril, composto por camada absorvente de alginato e hidrocolóide para contato com a pele, uma camada de carvão ativado e uma camada resistente à água, tamanho 10 x 10 e 8 x 15 cm.</p>
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Ferida fétida; · Ferida infectada; · Ferida com grande quantidade de exsudato.
Contraindicações	<p>☐ Feridas superficiais com pouca exsudação e queimaduras. É importante não deixar que a fibra ultrapasse a borda da lesão, devido ao risco de prejudicar a epitelização.</p>

Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Segundo a saturação, em média de 48 a 72 horas.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> HIDROALGINATO DE CÁLCIO COM PRATA
Composição:	<input type="checkbox"/> Composto por alginato de cálcio, carboximetilcelulose (CMC) e um complexo de prata iônica.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placa
Indicações:	<p>Feridas de moderada a altamente exsudativas, com sangramento, agudas ou crônicas, superficiais ou profundas.</p> <p>Feridas infectadas de qualquer etiologia</p> <p>Barreira física para prevenção da penetração de micro-organismos.</p>
	<input type="checkbox"/> Tratamento de feridas infectadas ou com um alto risco de infecção e exsudato de moderado a alto
Contraindicações	<p>Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.</p> <p>Feridas com necrose seca ou tecido inviável.</p> <p>Hipersensibilidade a prata e ao alginato</p> <p>Queimaduras de 3º grau</p>
Uso e Troca:	<p>Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo.</p> <p>Trocar o curativo secundário sempre que saturado.</p> <p>No caso de queimaduras de 2º grau alguns fabricantes orientam a troca até 14 dias.</p>
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> HIDROFIBRA COM PRATA (Aquacel AG + Extra - Hidrofibra Absorvente com Prata Estéril)
Composição:	<input type="checkbox"/> Curativo absorvente composto por fibras de carboximetilcelulose sódica e prata (Ag).

Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placa com duas camadas, composta por 100% de fibras de carboximetilcelulose, 1,2 % de prata iônica, cloreto de benzetônio e EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético).
Indicações:	<input type="checkbox"/> Feridas com exsudato moderado a alto, feridas cavitárias e altamente colonizadas ou infectadas.
Contraindicações	<p>Feridas com pouca exsudação e uso limitado em feridas superficiais.</p> <p>Feridas com necrose seca ou tecido inviável.</p> <p>Hipersensibilidade a prata</p>
Uso e Troca:	<p>Trocar curativo secundário quando saturado ou em até 24 horas. A placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.</p> <p>Nos casos de queimadura 2º grau a hidrofibra com AG pode permanecer até 14 dias na ferida. Nestes casos recortar a hidrofibra que se desprende da pele ao redor da ferida conforme a epitelização do tecido.</p>
Produto:	<input type="checkbox"/> HIDROFIBRA SEM PRATA (Aquacel) DO TOCANTINS

Composição:	<input type="checkbox"/> Curativo absorvente composto por fibras de carboximetilcelulose sódica.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placa seca e macia que gelifica ao entrar em contato com o exsudato da ferida;
Indicações:	<input type="checkbox"/> Feridas altamente exsudadas (úmidas).
Contraindicações	<input type="checkbox"/> Feridas com pouca exsudação. Uso limitado em feridas superficiais
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Trocar curativo secundário quando saturado ou em até 24 horas, a placa de hidrofibra poderá permanecer na ferida por até 7 dias.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> CURATIVO DE ESPUMA DE HIDRO POLÍMERO NÃO ADESIVO
Composição:	<input type="checkbox"/> Composto de uma camada interna de espuma de poliuretano, absorvente, revestido externamente de filme de poliuretano sendo permeável a trocas gasosas e impermeável a água e microrganismos.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Envelope contendo 01 placa SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS
Indicações:	Feridas sem infecção com exsudato moderado a Intenso tais como úlceras de perna, de pressão e diabéticas, áreas doadoras Feridas abertas com tecido vitalizado ou desvitalizado
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> · Queimaduras de 3º grau · Vasculite ativa · Necrose seca (tecido desvitalizados), · Hipergranulação e feridas com pouca exsudação.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Pode permanecer por até 7 dias. As trocas variam dependendo da saturação do curativo. Trocar o curativo secundário sempre que saturado.
	<input type="checkbox"/>

Produto:	<input type="checkbox"/> ACETATO DE CELULOSE PERMEÁVEL AO VAPOR (Bionext e Biofil) - Filme microfibrilar de celulose, com características de biocompatibilidade, sendo biodegradável, inerte, atóxico e seletivamente permeável, agindo como uma barreira contra todos os microrganismos.
Composição:	<input type="checkbox"/> Acetato de celulose, semitransparente e semipermeável.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Filme.
Indicações:	<input type="checkbox"/> Tratamentos de lesões cutâneas como queimaduras, úlceras isquêmicas, áreas doadoras de enxertos, cortes profundos, entre outros. A película protege a região afetada como um verdadeiro substituto da pele, possibilitando a formação da pele natural do paciente.
Contraindicações	<input type="checkbox"/> Feridas muito exsudativas.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Somente se houver contaminação. Com a cicatrização espontânea se desprende da lesão.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> ALGINATO de CÁLCIO – Algoderm, Curasorb, Kaltostat Melgisorb, SeaSorb, Sorbalgon, Sorbalgon-T, Sorbsan, Suprasorb A, Restore Calcicare, Tegagen. ALGINATO de CÁLCIO com ZINCO <input type="checkbox"/> Curasorb ZN. <input type="checkbox"/> Possui alta capacidade de absorção, e como desvantagem: em contato com a pele sadia pode macerá-la.
Composição:	<input type="checkbox"/> Fibras originárias de algas marinhas marrons compostas pelos ácidos gulurônico e manurônico, com íons de cálcio e, ou, sódio, incorporados em suas fibras.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placa resistente a tração, retangular ou quadrangular, com dimensão de tamanhos variados, fibra e cordão de 40 cm.
Indicações:	<p>Ferida com exsudação abundante com ou sem infecção.</p> <p>Ferida cavitária.</p> <p>Ferida sanguinolenta.</p> <p>O cordão deve ser utilizado em feridas cavitárias. Ocluir com curativo secundário estéril.</p>

Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Feridas superficiais com pouca exsudação e queimaduras. É importante não deixar que a fibra ultrapasse a borda da lesão, devido ao risco de prejudicar a epitelização.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Mediante a saturação do curativo, em média com 24 horas.
Produto:	<p>HIDROPOLÍMERO: Allevyn, Allevyn Cavity, Biatain, Curafoam Plus, Elasto-Gel, Elasto-Gel Toe Aid, Hydrafoam, Lyotoam, Mepilex, Oprasorb, PolyMem, PolyWic, Suprasorb M, Tielle, Tielle Plus, Vlinvi.</p> <p>HIDROPOLÍMERO COM ALGINATO DE CÁLCIO: Polymem com Alginato de Cálcio.</p>
Composição:	<input type="checkbox"/> Adesivo de poliuretano revestido com espuma de hidro polímero de alta densidade. O curativo Mepilex é composto também por fina camada externa de silicone. O curativo Elasto-
	<p>Gel possui característica GEL, pois sua formulação é composta também por 65% de glicerina e 17,5% de água destilada. O curativo Polymem com Alginato de Cálcio possui também</p> <p>alginato de cálcio em sua composição.</p>
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placas de tamanhos variados.
Indicações:	<input type="checkbox"/> Feridas limpas em fase de granulação, com média e pequena quantidade de exsudato.
Contraindicações:	<p>Feridas infectadas, com necrose e grande quantidade de exsudato;</p> <p>Queimaduras de segundo e terceiro graus.</p> <p>SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS</p>
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Em média a cada 48 horas. A opacidade da cobertura de alguns destes produtos impossibilita a visualização direta da saturação. Nestes casos é indicado o descolamento de uma das bordas para averiguação do grau de saturação e reposicionamento após secagem da pele.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> CURATIVO IMPREGNADO de PRATA e ALGINATO de CÁLCIO - Acticoat.

Composição:	<input type="checkbox"/> Curativo composto por prata e alginato de cálcio. A prata oferece efetiva ação antimicrobiana ao leito da ferida. O alginato de cálcio atua absorvendo o exsudato.
Apresentação:	<p>Curativo de 3 camadas, constituído de uma malha com prata aplicada em ambos os lados de um centro de rayon e poliéster.</p> <p>Curativo com 5 camadas, 2 camadas internas de rayon e poliéster intercaladas com 3 camadas de malha recobertas de prata.</p> <p>A barreira antimicrobiana se torna efetiva quando umedecida com água estéril.</p>
Indicações:	<p>Queimadura de segundo grau superficial ou profunda;</p> <p>Área doadora e receptora de enxertos dermo-cutâneos;</p> <p>Lesões traumáticas;</p> <p>Ulcerações crônicas vasculogênicas, úlcera de pressão, neuropatia diabética.</p>
Contraindicações:	<p>Não usar em pacientes com conhecida sensibilidade a prata;</p> <p>Não usar em pacientes ao fazer o exame de ressonância magnética;</p>
	<p>Acticoat não é compatível com produtos a base de óleo, como petrolatum;</p> <p>Evitar contato com eletrodos ou gel durante exame de eletrocardiograma e eletroencefalograma;</p> <p>Acticoat pode causar descoloração transitória da pele ao redor;</p> <p>Proteger da luz;</p> <p>Não usar o produto se a cor não estiver uniforme.</p>
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Segundo a quantidade de secreção poderá ser mantida por vários dias, geralmente é substituído no período de 24 a 48 horas.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> ENXERTO HETERÓLOGO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO DE PELE (derivado do intestino de porco) – Oásis.
	<input type="checkbox"/> Trata-se de um enxerto heterólogo derivado do intestino delgado de porco (xenoenxerto). É utilizado como substituto temporário de pele. O produto é esterilizado em óxido de etileno e comercializado desidratado.

Composição:	
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Placa.
Indicações:	São indicadas em lesões limpas e de espessura cutânea de pele total ou parcial, como: Feridas traumáticas e queimaduras de segundo grau; Feridas cirúrgicas, como áreas doadoras de enxertos, deiscência de sutura.
Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade a produtos derivados de porcos.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Antes de usar reidratar com solução fisiológica a 0,9%, para que o enxerto readquira a sua normal elasticidade. Aplicar diretamente sobre a ferida, podendo ser realizadas pequenas perfurações na espessura do enxerto, tipo smash-graft, de modo a facilitar a drenagem de exsudato. O enxerto deverá ser protegido por um curativo secundário, que poderá ser substituído diariamente, segundo a quantidade de secreção. Com a evolução da cicatrização o enxerto heterólogo irá se desprender espontaneamente, ou, ainda, se transformar em gel de coloração amarelada.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<ul style="list-style-type: none"> · COLÁGENO COM ALGINATO DE CÁLCIO: Fibracol Plus; · COLÁGENO COM CELULOSE OXIDADA - Promogran;
	<input type="checkbox"/> COLÁGENO NATIVO – Fibroplex ADT-G. Cicatrizante, reconstrutor epitelial, ação analgésica local e ação bacteriostática.
Composição:	<input type="checkbox"/> Composição equilibrada de cadeias de aminoácidos do colágeno de caráter não imunogênico e veiculado em meio apirogênico. Tendo como principal objetivo a reconstrução epitelial, tanto em lesões profundas como superficiais. Partículas hidrofílicas de colágeno de origem bovina.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Filme transparente.
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Úlceras refratárias, como vasculogênicas e neuropáticas; · Feridas traumáticas com perda de substância; · Queimaduras de segundo grau; · Deve ser associado a curativos secundários: filme transparente ou hidropolímero.

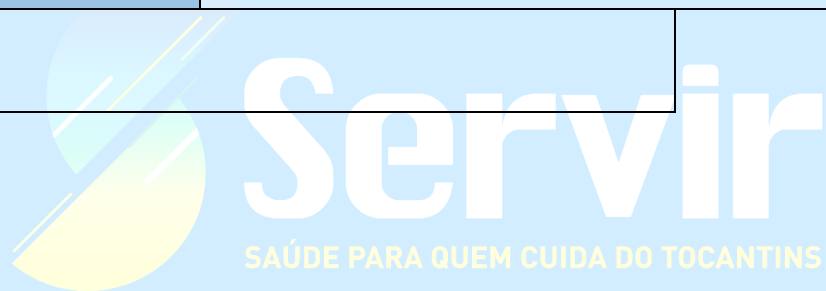
Contraindicações:	<p>Pacientes com sensibilidade ao colágeno.</p> <p>Precauções: Utilizar em lesões que apresentem infecção, somente quando a causa estiver já identificada e orientada pelo tratamento médico. Interromper o uso do produto caso houver sinais de sensibilidade ao colágeno.</p>
Uso e Troca:	<p><input type="checkbox"/> Em média 24 horas conforme a saturação do curativo.</p>
	<p><input type="checkbox"/></p>
Produto:	<p><input type="checkbox"/> BIOMEMBRANA DE LÁTEX FATOR DE CRESCIMENTO VEGETAL</p> <p>Biocure - Trata-se de material ativo que induz a formação de novos vasos sanguíneos (angiogênese), na superfície sobre a qual é aplicado.</p>
Composição:	<p><input type="checkbox"/> Trata-se de biomembrana, impermeável, derivada do poliisopreno, a base de látex vegetal de seringueira (<i>Hevea brasiliensis</i>). Essa biomembrana possui fator de crescimento másculo-endotelial (VEGF), que tem propriedade angiogênica e acelera a formação do tecido de granulação.</p>
Apresentação:	<p><input type="checkbox"/> Película.</p>
Indicações:	<p>É indicada no tratamento de ferida crônica de difícil cicatrização, como nas úlceras crônicas diabéticas, vasculares, de pressão (escaras de decúbito), pós-cirúrgicas ou traumáticas;</p> <p>Pode, também, ser empregada em ferida cutânea aguda, a exemplo das feridas cirúrgicas pós-fasciotomia descompressiva e pós-dissecção de enxerto dermo-epidérmico de área doadora.</p>

Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Paciente que apresenta hipersensibilidade ao látex.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> O curativo deve ser aplicado sobre o leito da ferida, após lavagem com solução fisiológica, e é substituído, em média, a cada 24/48 horas ou segundo protocolo. A substituição do curativo pode variar de caso a caso, segundo o leito da ferida e experiência médica.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> TRANSPLANTE DE FIBROBLASTO AUTÓLOGO - Hyalograf 3 D
Composição:	<input type="checkbox"/> São fibroblastos autólogos, cultivados in vitro, sob o estímulo de polímeros derivados do ácido hialurônico.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Bandagem.
Indicações:	<input type="checkbox"/> É indicado no tratamento de lesões limpas e debridadas, como por exemplo: lesões traumáticas, queimadura de 2º grau profundo e 3º grau; ulcerações crônicas vasculogênicas, neuropatia diabética, úlcera de pressão.
Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Sem referência.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Deverá ser aplicado diretamente sobre o leito da ferida. É necessário utilizar curativo secundário.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> FIBROBLASTO HOMÓLOGO-SUBSTITUTO TEMPORÁRIO DE PELE TransCyte - TransCyte possui fibroblastos, que agem como uma espécie de célula-tronco da pele.
Composição:	A pele artificial TransCyte contém fibroblastos, que agem como uma espécie de célula-tronco da pele, crescendo, se as condições permitirem, na forma da variedade de tecidos que compreendem a pele saudável. O TransCyte ajuda a reparar a camada superior, ou epitelial, da pele, enquanto o Integra é usado para reconstruir a camada inferior, chamada de derme.

Apresentação:	<input type="checkbox"/> Bandagem (alto custo).
Indicações:	<input type="checkbox"/> É indicado no tratamento de lesões não infectadas. Deve ser utilizado em condições específicas, como, por exemplo, queimadura de 2º grau profundo, lesões traumáticas e outras.
Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Em casos de hipersensibilidade à proteína bovina ou porcina.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Deverá ser aplicado diretamente sobre o leito da ferida. Utilizar curativo secundário.
Produto:	FILME TRANSPARENTE AUTO-ADESIVO: Aqua Gard, Bioclusive, Blisterfilm, Hydrofilm, Mefilm, Opsite, Polyskin II, Polyskin MR, Suprasorb F, Tegaderm. Mantém o leito da ferida úmida e apresenta permeabilidade seletiva. É transparente e aderente a superfícies secas.
Composição:	<input type="checkbox"/> Poliuretano estéreis.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Curativo Transparente Estéril, que se adapta aos contornos do corpo. Favorece a monitorização direta da ferida ou acesso vascular.
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Pele com vermelhidão ou bolhas; · Feridas fechadas limpas pouco exsudativas; · Feridas abertas, limpas em granulação sem exsudação; · Proteção ao redor de estomas; · Fixação de cateteres curtos e longos.
Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Feridas abertas.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Em média a cada sete dias.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> MATRIZ DE REGENERAÇÃO DÉRMICA - Apligraf, Integra, Dermagraft.
Composição:	Integra: camada interna: matriz tridimensional originada da polimerização de colágeno e glicosaminoglicano (GAG) e camada externa: silicone. Mecanismo de ação: a camada interna: bioreabsorção, promovendo o crescimento celular e a síntese de colágeno; a camada externa: barreira à infecção e proteção mecânica.

Apresentação:	<input type="checkbox"/> Matriz de regeneração dérmica em embalagem unitária nos tamanhos de 10 cm de largura x 12,5 cm de comprimento e 10 cm de largura x 25 cm de comprimento.
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Feridas limpas; · Queimadura de segundo grau profundo e de terceiro grau.
Contraindicações	<input type="checkbox"/> Não referidas
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Quando é utilizado o produto Integra, se retira a placa de silicone no período de três semanas, sendo realizado enxerto
	dermo epidérmico. Pode ser aplicada em áreas de flexo- extensão.
	<input type="checkbox"/>
Produto:	<input type="checkbox"/> MEMBRANA DE POLIURETANO PERMEÁVEL AO VAPOR - Omiderm. Membrana de poliuretano transparente, não aderente e com permeabilidade seletiva.
Composição:	<input type="checkbox"/> É composta de poliuretano estéril. Algumas membranas permeáveis ao vapor possuem pequenos orifícios, que facilitam a drenagem da secreção.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Película em poliuretano, transparente, elástica. Adapta-se ao contorno do corpo e favorece a monitorização direta da ferida.
Indicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Queimadura de 2º grau; · Área doadora de enxerto dermo-epidérmico; · Lesão exsudativa etc.
Contraindicações:	<ul style="list-style-type: none"> · Ferida infectada; · Lesão muito exsudativa etc.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Deve ser substituído segundo a quantidade de exsudato da lesão. Essa troca ocorre, em média, após cinco ou sete dias da aplicação.
	<input type="checkbox"/>

Produto:	<input type="checkbox"/> ENXERTO AUTÓLOGO DE QUERATINÓCITO -TRANSPLANTE de QUERATINÓCITO AUTÓLOGO – Laserskin.
Composição:	<input type="checkbox"/> Trata-se de membrana biodegradável, composta por derivado do ácido hialurônico. Possui micro perfurações que facilitam a proliferação dos queratinócitos.
Apresentação:	<input type="checkbox"/> Filme.
Indicações:	<p>É indicado no tratamento de lesões dérmicas não infectadas e com formação de tecido de granulação satisfatório, como, por exemplo:</p> <p>Queimadura de segundo grau profundo;</p> <p>Lesões traumáticas;</p> <p>Úlceras crônicas de origem vasculogênicas, neuropatia diabética e úlcera de pressão.</p>
Contraindicações:	<input type="checkbox"/> Não referidas.
Uso e Troca:	<input type="checkbox"/> Deverá ser aplicado diretamente na ferida limpa e desbridada. Utilizar curativo secundário.



10.1.1 Qualquer produto diferente do que está posto no quadro acima, cabe fundamentar para avaliação do médico regulador.

12.4.7 CURATIVO COM PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DE FERIDAS

1. Terapia por Pressão Subatmosférica (VAC- Vacuum-assisted closure) que consiste na colocação de um curativo com uma espuma de células abertas dentro da cavidade da ferida, recobertas com um plástico selante e a aplicação de pressão negativa controlada (usualmente 125mm Hg abaixo da pressão ambiente) com um sistema de drenagem das secreções da ferida. Esta técnica visa reduzir o edema, retirar o excesso de fluidos e melhorar a circulação local, o que levaria à maior granulação e, conseqüentemente, à aceleração do fechamento da ferida.
2. Esta técnica tem como objetivo acelerar a cicatrização, pelos seguintes meios:
 - a) Aumento do fluxo sanguíneo (diminui o edema)
 - b) Remoção do fluido (exsudato) da ferida
 - c) Estimulação do crescimento do tecido de granulação
 - d) Atração das bordas da ferida para o centro
 - e) Preparação do leito da lesão para o fechamento
3. As indicações a seguir, cobertas pelo PlanSaúde, exigem autorização prévia e dar-se-ão exclusivamente para feridas com as seguintes características (comprovação in loco pelo auditor):
 - a) baixa resposta ao tratamento convencional, em que se prevê um longo período para cicatrização,
 - b) feridas profundas e com elevada quantidade de exsudado e
 - c) como coadjuvante a outras terapias ou intervenções.
4. Indicações (situações de exceção): Tratamento de feridas crônicas abertas (úlceras de estase/úlceras diabéticas), quais sejam:
 - a) Úlceras diabéticas de difícil cicatrização
 - b) Enxertos de pele
 - c) Feridas pós deiscência de esternotomia (mediastinite)
 - d) Feridas traumáticas (ortopédicas)
 - e) Deiscência de sutura (ferida subjugada/abertura de pontos)
 - f) Queimaduras
 - g) Úlcera por pressão
 - h) Síndrome do abdome aberto (deiscência abdominal com expansão de alças)
 - i) Síndrome compartimental.
 - j) Síndrome de Fournier, fascíte necrotizante e embolias cútis medicamentosas

5. período de troca a ser mantido é de 2 a 7 dias.

Observação: Não será autorizado o emprego do curativo com pressão negativa para o tratamento rotineiro de feridas crônicas e complicadas.

6. São contraindicações para uso de VAC:

- a) Fístulas de alto débito para órgão e cavidades
- b) Tecido necrótico (em escara)
- c) Desbridamento incompleto
- d) Estruturas vasculares visíveis
- e) Osteomielite não tratada
- f) Malignidade da ferida/neoplasia não removida
- g) Feridas hemorrágicas/sangramento ativo
- h) Deficiências de coagulação



13 MÓDULO VI – PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR MEIO DE PACOTES

1. A gestão por pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece a remuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados, os itens de serviços, no todo ou em partes (diárias, taxas, honorários, medicamentos, materiais, gases medicinais, prótese e material especial-PME), além dos custos relacionados ao(s) procedimento(s).
2. São incontestas as vantagens da formatação de remuneração das internações e dos procedimentos médicos sob a forma de pacote, pois:
 - a) Proporciona previsibilidade orçamentária;
 - b) Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;
 - c) Estimula a racionalização dos custos na saúde;
 - d) Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
 - e) Agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança;
 - f) Oferece isonomia e equidade na remuneração destes procedimentos;
3. Esta modalidade de cobrança de serviços é, na grande maioria dos casos, aplicada procedimentos médico hospitalares cirúrgicos com elevada frequência de realização e com baixa variabilidade no desfecho, no processo assistencial, non uso de recursos e, ainda, baixa prevalência de complicações.
4. A elaboração dos pacotes, assentada no embasamento técnico/científico afeto a cada procedimento, deve contemplar, a partir da elegibilidade dos procedimentos selecionados para formatação em pacote, todos os recursos necessários para o tratamento do paciente durante o tempo previsto para tal, todos os itens de serviços que integram a conta hospitalar, e ainda probabilidade de intercorrências, esta última capaz de alterar a forma de cobrança da internação, conforme referido anteriormente
5. Assim, a elegibilidade dos procedimentos médico hospitalares cirúrgicos deva ter representada, pelo menos, as seguintes variáveis:
 - a) alta ocorrência;
 - b) com baixa variabilidade no desfecho assistencial;
 - c) uso constante de recursos/insumos;
 - d) baixa prevalência de complicações.
 - e) No entanto é necessário padronizar a conduta em situações que podem ocorrer durante procedimentos autorizados como pacote.

13.1 REGRAS GERAIS RELACIONADAS

O modelo de formatação de pacotes a ser utilizado quando de sua proposição, seja pelo prestador ou pelo PlanSaúde, está representado no Formulário Proposição de Pacotes Cirúrgicos Hospitalares, disponível no endereço constante do Canal de Atendimento, item IV deste.

1. Materiais complementares aos pacotes: Não há previsão para inclusão de medicamentos ou materiais adicionais contemplados ou não no pacote, tendo em vista o formato adotado pelo PlanSaúde, elaborado pelo prestador e negociado entre as partes.
2. Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico, cabem as seguintes regras:
 - a) Dois procedimentos (ambos no formato de pacote) – Caso haja indicação para realização de 02 procedimentos (bilateralidade ou não), no mesmo ato cirúrgico, e havendo pacote negociado para cada qual, os procedimentos realizados simultaneamente - máximo permitido 02 (dois), serão pagos 100% de um deles (mesmo procedimento, mesmo porte) e 50% do segundo, com as mesmas características. Em sendo procedimentos diferentes, paga-se 100% do de maior valor e 50% do segundo (sempre limitado a dois pacotes).
 - b) Dois procedimentos no mesmo pacote + um procedimento associado: Os dois procedimentos previstos no mesmo pacote, serão autorizados e pagos neste formato. O procedimento associado será pago em conta aberta.
 - c) Procedimento em Pacote + Procedimento Aberto: Quando couber a realização de mais de um procedimento, no mesmo ato cirúrgico, mas apenas um deles estiver previsto para a remuneração por pacote, ambos serão autorizados, nas suas respectivas modalidades (pacote e conta aberta).
 - d) Percentual de proporcionalidade: Não pode ser aplicada a estas situações a proporcionalidade de 70% ou 50% (aplicada quando da realização de procedimentos pela mesma via de acesso ou vias de acessos diferentes) pois, o pacote não contém somente honorários profissionais, mas sim, um conjunto de elementos que compõem o procedimento/internação.
3. Pacientes com alta antes de completar o período de internação previsto no pacote e sem que tenha havido intercorrências, o prestador poderá cobrar o valor integral do mesmo, não cabendo desconto pelo PlanSaúde das diárias não utilizadas.
4. Pacientes com alta após o período de diárias previsto no pacote e sem que tenha havido intercorrências, o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote, principalmente nos casos de alta hospitalar após o limite de horário da diária.
5. Não serão autorizados pacotes por analogia, para procedimento que não tem previsto um valor no formato de pacote. Situações de similaridade e analogia devem ser remunerados em conta aberta.
6. Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão negociar pacotes para procedimentos que preveem a utilização desta acomodação.

SOBRE AS INTERCORRÊNCIAS:

1. As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional,

saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta.

- a) As intercorrências cirúrgicas ou clínicas referidas nestes itens, são aquelas capazes de alterar o pacote negociado alterando de forma significativa o quadro do paciente, o custo do procedimento ou da internação.
- b) Intercorrências de pequena complexidade: Aquelas sem impacto relevante no custo da internação, não serão objeto para alterar o modelo de cobrança em pacote, tampouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do modelo de remuneração por pacote.
- c) Intercorrências ocorridas no final da permanência estabelecida no pacote: Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período da internação prevista no pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda (autorização prévia) em conta aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote.
- d) Intercorrências no mesmo dia do procedimento: Se demanda grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado).
- e) Intercorrências por complicações do quadro do paciente: Se a nova condição do paciente exige a sua permanência a uma acomodação não prevista no pacote (UTI), deve ser encerrado o pacote e nova solicitação, para cobrir a nova condição, deve ser feita.
- f) Achados intraoperatórios: que levem à realização de procedimento diferente daquele negociado na modalidade de pacote, cobrar em conta aberta, regularizando o processo de autorização.

NOTA: Toda e qualquer mudança no formato da internação negociada por meio de pacote, deverá ser, obrigatoriamente, solicitada nova autorização para a Central de Regulação do PlanSaúde, sem o que ficará inapta para cobrança e pagamento (internação à revelia do Plano). As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados por cada prestador, segundo regras vigentes negociadas entre as partes (valores de diárias, honorários, taxas, materiais, medicamentos etc.).

Itens excluídos

Qualquer item /serviço não constante do pacote é considerado excluído, não podendo ser cobrado à parte.

Caso um item obrigatoriamente constante do pacote seja cobrado fora do mesmo, esta referência deve ser informada na descrição dos itens que compõem o pacote. A título de exemplo: o honorário do anestesista pode ser pago diretamente para o órgão que representa a especialidade, embora a sua participação esteja referida na descrição do pacote e possa ser cobrado em conjunto com a conta hospitalar.

Serão excluídos dos pacotes firmados pelo PlanSaúde

- a) Qualquer recurso utilizado na avaliação do pré-operatório, tais como diárias, exames, materiais, medicamentos..., até porque o PlanSaúde não cobre pré-operatório em paciente internado;

- b) Re-operação, nestes casos encerra-se a internação pelo pacote e nova autorização deverá ser solicitada, e o procedimento deverá estar tecnicamente justificado.

13.2 ALTERAÇÕES NO CONTEÚDO DOS PACOTES

Qualquer alteração que o prestador entenda que deva ser feita no pacote deverá ser encaminhada para a Diretoria do PlanSaúde, que dará os encaminhamentos devidos, com vistas à análise e validação ou não.

13.3 PACOTES, REGRAS PARA O PAGAMENTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

1. Os procedimentos realizados por meio de pacotes serão apresentados e cobrados em conjunto com a conta hospitalar, na forma e trâmites estabelecidos no item VII, deste.
2. Para a remuneração de qualquer procedimento solicitado deverá ser gerada uma guia no sistema informatizado. A confirmação das guias é obrigatória para a geração de pagamentos.
3. A remuneração dos serviços se dá exclusivamente através dos valores das guias do sistema informatizado devidamente confirmadas e entregues conforme descrito no item VII, deste.

13.4 REGRAS GERAIS PARA COBRANÇA DA PRODUÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.
2. A produção gerada dos atendimentos realizados (confirmados) é composta por guias, documentos comprobatórios da execução dos serviços (resumo da conta, solicitações, prorrogações, laudos, relatórios médicos, registro eletrônico da guia correspondente ao atendimento, nota fiscal, e demais empregados para tal fim.
3. As internações consideradas prolongadas (permanência superior a 30 dias, inclusive as do recém-nascido) deverão ser cobradas parcialmente, no encerramento de cada mês (conta parcial com a cobrança máxima de 30 diárias), quando também deverão ser fechadas no sistema informatizado e aberta nova internação, para o novo período. Após o fechamento as guias deverão ser enviadas, loteadas e entregues no PlanSaúde, com as faturas físicas, para fins de auditoria e pagamento. Nos casos em que a mãe e o recém-nascido permaneçam internados a cobrança deverá ser registrada na guia da mãe, até a sua alta.

13.5 REGRAS PARA PAGAMENTO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR

1. Para a remuneração do atendimento realizado em regime de internação hospitalar confirmados e realizados é necessária a geração da guia respectiva no sistema informatizados do PlanSaúde.
2. Serão pagas exclusivamente as internações confirmadas e com status recebido e entregues dentro do prazo estabelecido pelo PlanSaúde.
3. pagamento da produção mensal será feito de acordo com as regras estipuladas no item VII, deste.

14 MÓDULO VII – TABELAS DE PROCEDIMENTOS COBERTOS

O PlanSaúde, por meio deste documento, estabelece as tabelas a seguir, adotadas para:

14.1 TABELA DE PROCEDIMENTOS PLANSAÚDE (TPPS)

Define o rol de procedimentos cobertos pelo PlanSaúde, codificada (procedimentos médicos, eventos não médicos e serviços).

Um aspecto essencial para que o processo de autorização se dê de forma adequada, uniforme, ágil e dentro das responsabilidades previstas para cada agente participante do processo (beneficiário, plano e prestador) é a identificação do que, para sua realização, exige autorização prévia, e a definição dos pré-requisitos respectivos, informações que embasam a decisão da equipe médica responsável pelo processo de regulação do acesso.

Assim a TPPS é a ferramenta referencial para o processo de autorização para realização de procedimentos/serviços pelos prestadores, aos beneficiários do Plansaúde.

14.1.1 ESTRUTURAÇÃO DA TPPS

A TPPS está estruturada de modo a contemplar aspectos fundamentais, conforme demonstrado, resumidamente, no Quadro 38, a seguir, quais sejam:

- a) Código do serviço
- b) Descrição do procedimento
- c) Grupo do procedimento
- d) Subgrupo do procedimento
- e) Especialidades mais afins
- f) Exige autorização prévia
- g) Dados a informar/exigência de perícia presencial
- h) Permite o uso de prótese cirúrgica
- i) Permite o uso de material especial

Servir
SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

Quadro 39: Legenda das referências de informações que devem conter a solicitação do procedimento quanto a dados e exigência de perícia prévia

N	Não exige nenhum dado p/q não exige autorização prévia
SS	Somente a solicitação na guia específica corretamente preenchida
S + D	Exige envio da solicitação + dados para análise e embasamento
S+D+DC	Exige envio da solicitação + dados + atender às Diretrizes Clínicas (DC/DUT)
S+D+DC+PP	Exige solicitação + dados + atender as Diretrizes Clínicas (DC) + perícia presencial
S+D+PP	Exige solicitação + dados para análise e embasamento + perícia presencial
Exemplo de tipos de dados: Resultados/laudos de exames complementares, dados clínicos do paciente, indicação e especificação de PME, descrição da(s) lesão(ões) relatório de especialista, previsão de duração do tratamento, indicação do uso laser)	

Estabelecer os valores cabíveis a cada procedimento para fins de cobrança e pagamento pelo PlanSaúde.

14.2 TABELA DE PROCEDIMENTOS EM DAY CLINIC

Lista os procedimentos para os quais se aplica a realização na modalidade day clinic.

Quadro 40: Tabela de procedimentos que podem ser realizados na modalidade Day clinic

Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Temp. C.C. (em hora)		
CIRURGIA GERAL					
Correção de Cicatriz	Local + Sedação	5	2		
	Geral	12	2		
Correção de Ginecomastia	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	1h30		Exclui o Lipoaspirador quando utilizado
Inclusão ou					

Retirada de Prótese de Mama	Geral	12	2		
Lipoaspiração	Geral	12	2		
Hérnia epigástrica ou umbilical convencional	Geral	12	1h30		Exclui tela
Hiperidrose Axilar	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	1h30		
Inclusão/Retirada de Prótese ou Expansor em qualquer região	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	2		
Instalação de Cateter de Longa Permanência	Geral/Bloq ueio	12	2		Exclui cateter
	Local + Sedação	5	2		
Instalação de Port a Cath ou Shunt Definitivo	Geral	12	2		Exclui cateter
	Local + Sedação	5	2		
Retirada Cirurgica de Cateter de Longa Permanência	Geral/Bloq ueio	12	1		
Retirada de Shunt Definitivo ou	Local + Sedação	5	1		
Cateter de Longa Permanência					
Herniorrafia Umbilical ou Epigástrica Convencional	Geral				

		12	2		
Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Temp. C.C. (em hora)		
Herniorrafia Inguinal Convencional (Unilateral ou Bilateral)	Geral/Raqui	12	2		
CIRURGIA VASCULAR					
Cirurgia de Varizes sem Safenctomia	Geral	12	2		Fleboextrator Radiofrequência
Microcirurgia de Varizes	Sedação	6	2		
CIRURGIA PEDIATRICA					
Hidrocele, Correção Cirúrgica	Geral	12	2		
	Raquianestesia	12	1h30		
	Sedação	6	1h31		
Frenotomia lingual ou labial	Geral	12	2		
Orquidopexia	Geral	12	2		
	Raquianestesia	12	1h30		

	Sedação	6	1h30		
Postectomia	Geral	12	1		
	Raquianes tesia	12	1		
	Sedação	6	1		
Herniorrafia Inguinal/Umbilical convencional (para pacientes com	Geral/Blo queio	12	2		



idade igual ou inferior a 12 anos)					
Herniorrafia Umbilical ou Epigástrica por Técnica Convencional	Geral/Bloqueio	12	2		
DERMATOLOGIA					
Exerese de Cisto Sebáceo ou Nevus	Local	2	1		
	Sedação	5	1		
	Geral	12	1		
Cirurgia de Mohs	Local +				
	Sedação	12	4		
	Geral	12	4		
Colonoscopia (incluso Preparo)	Sedação	6	1		
Colonoscopia + Biópsia	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia descartável;	

SAÚDE PARA QUEM CUIDA DO TOCANTINS

Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Temp. C.C. (em hora)		
ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA					
Colonoscopia + Dilatação	Sedação	6	1		exclui balão dilatador e insuflador para balão; inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polipectomia descartável;

Colonoscopia + Dilatação + Polipectomia	Sedação	6	1		exclui balão dilatador e insuflador para balão; inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polipectomia descartável;
Colonoscopia + Hemostasia	Sedação	6	1	Inclui agulha de esclerose, 08 unidades de clip hemostático, pinça para biópsia descartável ou alça de polipectomia descartável	
Colonoscopia + Plasma de Argônio	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polipectomia descartável	
Colonoscopia + Polipectomia	Sedação	6	1	Inclui alça de polipectomia descartável;	
Colonoscopia + Polipectomia + Biópsia	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia descartável, alça de polipectomia descartável	
Colonoscopia + Tatuagem	Sedação	6	1	Inclui agulha de esclerose, pinça para biópsia descartável ou alça de polipectomia descartável	
Endoscopia Digestiva Alta	Sedação	6	1	Inclui Hpylori;	
Endoscopia Digestiva Alta + Biópsia	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia, Hpylori;	

Endoscopia Digestiva Alta + Dilatação	Sedação	6	1	Exclui balão dilatador e insuflador para balão; inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia descartável, Hpylori;
Endoscopia Digestiva Alta + Hemostasia	Sedação	6	1	Inclui agulha de esclerose, 08 unidades de clip hemostático, pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia descartável, Hpylori
Endoscopia Digestiva Alta + Ligadura de Varizes	Sedação	6	1	Inclui kit de ligadura, pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia descartável, Hpylori;
Endoscopia Digestiva Alta + Plasma de Argônio	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia descartável, Hpylori
Endoscopia Digestiva Alta + Polypectomia	Sedação	6	1	Inclui alça de polypectomia, Hpylori;
Endoscopia Digestiva Alta + Polypectomia + Biopsia	Sedação	6	1	Inclui pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia
Endoscopia Digestiva Alta + Tatuagem	Sedação	6	1	Inclui agulha de esclerose, pinça para biópsia descartável ou alça de polypectomia descartável, Hpylori

GINECOLOGIA/MASTOLOGIA					
Biópsia Ginecológica	Local + Sedação	5	1		
	Geral	12	1		
Colocação de DIU	Local	2	1		Não inclui 01 dispositivo intra-uterino
	Sedação	5	1		Não inclui 01 dispositivo intra-uterino
Conização	Geral	12	1		
Curetagem Semiótica	Geral	12	1h30		
	Raquianestesia	12	1h30		
	Sedação	5	1		
Exerese Nódulo de Mama	Geral	12	1		

Procedimento	Parâmetros			Inclui	E x c l u i
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Tmp. C.C. (em hora)		
Exerese Nódulo de Mama	Geral	12	1		
Extirpação de Lesão da Vulva por Laser	Geral	12	1h30		
	Raquianestesia	12	1h30		

	Sedação	5	1		
Inclusão ou Retirada de Prótese de Mama	Geral	12	2		Prótese ou Expansor
Histeroscopia diagnóstica	Geral	6	1	01 Kit Descartável para Histeromat	Energia bipolar histeroscópica.
	Bloqueio	6	1		
Histeroscopia diagnóstica c/ energia bipolar	Geral	6	1	Energia bipolar histeroscópica.	
	Bloqueio	6	1		
Histeroscopia cirúrgica com resectoscópio monopolar	Geral	12	1		
	Bloqueio	6	1		Energia bipolar histeroscópica.
Histeroscopia cirúrgica com energia bipolar	Geral	12	1	Energia bipolar histeroscópica.	
	Bloqueio	6	1		
Histeroscopia Cirúrgica com Versapoint	Geral	12	1		
	Bloqueio	6	1	01 Alça de Ressecção Versapoint; 01 Kit Descartável para Histeromat	
Retirada de DIU	Sem Anestesia	2	1		
	Sedação	5	1		
OFTALMOLOGIA					
Blefaroplastia	Local + Sedação	5	2		
	Geral	12	2		
	Local+				

Calázio	Sedação	5	1		
	Geral	12	2		
Procedimento	Parâmetros			Inclui	E x c l u i
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Tmp. C.C. (em hora)		
Cantoplastia	Local	2	1		

Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Tmp. C.C. (em hora)		
	Geral	12	2		
Correção de Estrabismo	Local + Sedação	5	1		
Correção de Ptose Palpebral	Local + Sedação	5	2		
	Geral	12	2		
Facectomia	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	1		
Facectomia com Facoemulsificação	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	1h30		
Retinopexia	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	2		
Sondagem de vias lacrimais	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	1h30		
Trabeculectomia (Tratamento de Glaucoma)	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	2		
Transplante de Córnea	Geral	12	4		
	Local + Sedação	12	4		
Transplante de Córnea com Intralazer	Geral	12	1h30		
	Local + Sedação	5	1h30		

Vitrectomia	Geral	12	2		
	Local + Sedação	5	2		
Cirurgia de pterígio	Local + Sedação	5h	1h30		
Biópsia Óssea	Local	2	1		
	Local + Sedação	5	1		
Cisto Sinovial de Punho	Local + Sedação	5	1		
	Geral	12	1		
Tenólise	Local + Sedação	5	1		
	Geral	12	1		
Infiltração peridural de corticoide Day Clinic	Local + Sedação	5	1		

Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Tmp. C.C. (em hora)		
ORTOPEDIA					
Artroscopia de Joelho	Geral	12	2		
	Local+ Sedação	5	2		
OTORRINO					
Adenoamigdalectomia	Geral	12	2		
Adenoidectomia	Geral	12	2		
Amigdalectomia	Geral	12	2		
Frenotomia lingual ou labial	Geral	12	1		
Turbinectomia	Geral	12	2		

Uvulopalato	Geral	12	2		
Otoplastia	Local + Sedação	5	2		
	Geral	12	2		
Rinoplastia	Sedação	5	2		Exclui monitor de vídeo e lipoaspirador
	Geral	12	2		
Septoplastia	Geral	12	2		
Septoplastia + Turbinectomia	Geral	12	2		
Correção de Cicatriz	Local + Sedação	5	1h30		
	Geral	12	2		
PLÁSTICA REPARADORA					
Otoplastia (Correção de Orelha de Abano)	Geral	12	2		
	Local	5	1h30		
	Geral	12	1		
Inclusão de Prótese de Mento	Local	5	1		
UROLOGIA					
Hidrocele, Cirúrgica	Correção Geral/Bloqueio	12	2		
	Raquianestesia	12	2		
	Sedação	5	1h30		

Cauterização Vesical	Local	2	1		
Procedimento	Parâmetros			Inclui	Exclui
	Anestesia	Day Clinic (em hora)	Tmp. C.C. (em hora)		
Postectomia	Local	2	1		
	Local +Sedação	5	1		
	Geral	12	2		
Vasectomia	Local	2	1		
	Local +Sedação	5	1		
	Geral	12	2		
Varicocele, Correção Cirúrgica	Geral	12	1h30		
	Bloqueio	12/6	2		
Cistoscopia e/ou Uretroscopia Diagnóstica	Local + Sedação	2	1		
Cistoscopia com Biópsia (Centro Cirúrgico)	Geral	12	1		
	Raquianestesia	12	1		
	Sedação	5	1		
Implante Duplo J	Geral	12	1		
	Raquianestesia	12	1		
	Sedação	5	1		

Prótese Peniana (Exclui a Prótese)	Geral	12	2		
	Raquianestesia	12	2		
	Sedação	5	2		
Orquidopexia	Geral/Bloqueio	12/6	2		
Retirada Endoscópica de Cateter Duplo J	Sedação	5	1		
PROCTOLOGIA					
Hemorroidectomia	Geral	12	2		



15 MÓDULO VIII – ANEXOS

15.1 ANEXO 1-GUIAS TISS UTILIZADAS PARA SOLICITAÇÃO E COBRANÇA DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS

Guias para registro e cobrança dos atendimentos médico- hospitalares:

As guias, listadas a seguir, apresentam a logomarca própria do PlanSaúde, o que permitirá o download de modelo e utilização/impressão direta pelo credenciado por meio do Canal de Atendimento, item IV deste.

1. Guia de Consulta
2. Guia de Serviço Profissional / Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT)
3. Guia de Solicitação de Internação
4. Guia de Resumo de Internação
5. Guia de Honorário Individual
6. Guia de Outras Despesas



15.2 ANEXO 2-ITENS DE SERVIÇOS HOSPITALARES ACORDADOS DIÁRIAS POR LOCAL DE ACOMODAÇÃO, TAXAS, GASES MEDICINAIS E PACOTES

15.2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS PARA PAGAMENTO DE TAXAS E DIÁRIAS

O PLANSÁUDE, diante da diversidade de hospitais, bem como visando remunerar os hospitais que possuem melhor infraestrutura para atendimento dos seus beneficiários, e, visando ainda o incentivo a melhoria estrutural da rede hospitalar disponível, resolve estabelecer os seguintes critérios para a classificação dos hospitais e o pagamento de diárias e taxas.

A classificação em questão, se dará apenas nos hospitais credenciados ao PLANSÁUDE, mediante visita in loco para levantar as questões apontadas.

Os hospitais serão classificados conforme numeração abaixo, que refletirá no seu enquadramento na tabela de diárias e taxas.

1. Hospital de Porte I
2. Hospital de Porte II
3. Hospital de Porte III
4. Hospital de Porte IV

A classificação de cada hospital se dará mediante atribuição de pontuação, após visita in loco, conforme tabela abaixo:

ITEM	DESCRIÇÃO	PONTOS ATRIBUÍDOS
1	DE 10 A 20 LEITOS	1 PONTO
2	DE 21 A 40 LEITOS	2 PONTOS
3	DE 41 A 80 LEITOS	3 PONTOS
4	DE 81 A 150 LEITOS	4 PONTOS
5	ACIMA DE 150 LEITOS	5 PONTOS
6	DE 01 A 04 LEITOS UTI	1 PONTO
7	DE 05 A 09 LEITOS DE UTI	2 PONTOS
8	DE 10 A 29 LEITOS DE UTI	4 PONTOS
9	ACIM DE 29 LEITOS DE UTI	5 PONTOS
10	POSSUI ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 24 HS	2 PONTOS
11	POSSUI ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA 24 HS	2 PONTOS
12	GERADOR AUXILIAR DE ENERGIA	3 PONTOS
13	LABORATÓRIO	3 PONTOS
14	EXAMES IMAGEM(ULTRA SOM, RADIOGRAFIA)	3 PONTOS
15	ATÉ DUAS SALAS CIRURGIAS	1 PONTO
16	DE 03 A 04 SALAS DE CIRURGIAS	2 PONTOS
17	DE 05 A 06 SALAS DE CIRURGIAS	3 PONTOS
18	ACIMA DE 07 SALAS DE CIRURGIAS	5 PONTOS

Quanto as regras dos itens da tabela 1:

Itens de 01 a 5, número de leitos, será levado em consideração o número de leitos disponíveis no hospital (enfermaria).

Itens de 06 a 09, Leitos de UTI, será levado em consideração o número de leitos de UTI (Adulto, Neonatal e Pediátrica), independente da classificação do tipo de UTI.

Emergência, tudo que apresenta risco imediato a vida.

Urgência, não apresenta risco imediato a vida, mas pode se tornar uma emergência caso não solucionado rapidamente.

Item 10 atendimentos de urgências 24 hs, será considerada a existência de serviços de pronto atendimento nas 24 hs do dia, com equipe presente, pelo menos, pediatria e clínica médica.

Item 11 atendimentos de emergência 24 hs, será considerada o atendimento nas 24 hs do dia, com equipe presente, de clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia.

Item 12, hospital deverá possuir gerador reserva de energia para atender o hospital quando houver queda do sistema externo de fornecimento.

Item 13, laboratório, o hospital deverá possuir laboratório próprio ou de terceiros para coletas de matérias para a realização de exames laboratoriais de seus pacientes.

Item 14, exames de imagem, o hospital deverá possuir equipamento próprio ou terceirizado para a realização de exames de imagem como ultrassom e radiografia.

Itens de 15 a 18, será considerado o total de salas cirúrgicas existentes no hospital na data da visita in loco.

Após a pontuação atribuída a cada hospital, se dará a seguinte classificação para fins de pagamento de taxas e diárias hospitalares:

- Hospital de Porte IV de 18 a 25 pontos
- Hospital de porte III de 15 a 17 pontos
- Hospital de porte II de 10 a 15 pontos
- Hospital de porte I de 0 a 10 pontos

15.2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS PRONTO ATENDIMENTO (P.A.) E PRONTO SOCORRO (P.S.) PARA PAGAMENTO DE TAXAS E DIÁRIAS

O PLANSAÚDE, visando a diferenciação entre os PRONTO ATENDIMENTO E OS PRONTO SOCORRO, estabelece o critério abaixo para pagamento de Taxas e Diárias:

1	ATENDIMENTO 12 HORAS – DURANTE DIA	SERÁ PAGO COMO P.A.
2	ATENDIMENTO 24 HORAS	SERÁ PAGO COMO P.S.

Diante do especificado acima, será levada em consideração a tabela abaixo para o pagamento dos atendimentos realizados em P.S. e em P.A..

Cabe ressaltar que o faturamento pode ser enviado no mesmo arquivo ou mesma fatura, mas, os atendimentos realizados em P.A. ou P.S. devem ser identificados no envio.

TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS – PLANSÁUDE – P.S. E P.A.				
DIÁRIAS	COBRANÇA POR	P.S.	P.A.	PÁGINA
Day Clinic (até 12h de permanência)	Meia-Diária	R\$116,74	R\$97,81	100
Diária de Isolamento	Diária	R\$237,10	R\$198,66	133
		R\$0,00	R\$0,00	
TAXA DE SALA EM CENTRO CIRÚRGICO	COBRANÇA POR	PROPOSTA	PROPOSTA	
Porte 0 (Cirurgia Pequena)	Uso	R\$71,57	R\$59,97	178
			R\$0,00	
TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	COBRANÇA POR	PROPOSTA	PROPOSTA	
Taxa de Sala de Pequenas Cirurgias/Cirurgias Ambulatoriais	Uso	R\$17,32	R\$14,51	179
Taxa de Sala de Gesso	Uso	R\$32,68	R\$27,38	180
TAXA DE OBSERVAÇÃO DE 2 À 6 HORAS	Uso	R\$48,60	R\$40,72	41
TAXA DE OBSERVAÇÃO DE DE 6 À 12 HORAS	Uso	R\$58,32	R\$48,87	41
TAXA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATÉ UMA HORA	Uso	R\$9,72	R\$8,14	41
TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	Uso	R\$58,55	R\$49,06	41
			R\$0,00	180
TAXAS DE SERVIÇOS	COBRANÇA POR		PROPOSTA	
Taxa para Alimentação de Acompanhante (01 acompanhante)	Diária	R\$60,80	R\$50,94	182
Curativo tipo 1 (Pequeno) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$23,71	R\$19,87	197
Curativo tipo 2 (Médio) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$31,63	R\$26,50	197
Curativo tipo 3 (Grande) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$39,52	R\$33,11	197
Taxa de Nebulização (incluso os insumos)	Cada	R\$14,90	R\$12,48	182
Taxa de Instrumentador Cirúrgico		R\$200,00	R\$167,58	143
TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS	COBRANÇA POR		PROPOSTA	
Taxa de uso de bomba de infusão fora da UTI e CC (exclusivamente nas situações previstas no Manual do Credenciado do Plansaúde)	Uso	R\$47,42	R\$39,73	183
GASES MEDICINAIS	COBRANÇA POR			
Oxigênio (independente da via de administração)	Minuto	R\$0,18	R\$0,18	160
Ar comprimido	Minuto	R\$0,06	R\$0,06	160
Gás carbônico	Minuto	R\$1,62	R\$1,62	160
Protóxido de azoto	Minuto	R\$0,91	R\$0,91	160

15.2.3 TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS

TABELA DE DIÁRIAS E TAXAS – PLANSAUDE - HOSPITALAR						
DIÁRIAS	COBRANÇA POR	PORTE IV	PORTE III	PORTE II	PORTE I	PÁGINA
Day Clinic (até 12h de permanência)	Meia-Diária	R\$116,74	R\$105,06	R\$99,81	R\$97,81	100
Enfermaria	Diária	R\$182,39	R\$164,15	R\$155,94	R\$152,82	133
UTI Geral	Diária	R\$698,21	R\$628,39	R\$596,97	R\$585,03	133
UTI Neonatal	Diária	R\$698,21	R\$628,39	R\$596,97	R\$585,03	138
UTI Pediátrica	Diária	R\$698,21	R\$628,39	R\$596,97	R\$585,03	138
Diária de Isolamento	Diária	R\$237,10	R\$213,39	R\$202,72	R\$198,66	133
		R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	
TAXA DE SALA EM CENTRO CIRÚRGICO	COBRANÇA POR	PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	
Porte 0 (Cirurgia Pequena)	Uso	R\$71,57	R\$64,41	R\$61,19	R\$59,97	178
Porte 1 (Cirurgia Pequena)	Uso	R\$165,25	R\$148,73	R\$141,29	R\$138,46	178
Porte 2 (Cirurgia Média)	Uso	R\$247,92	R\$223,13	R\$211,97	R\$207,73	178
Porte 3 (Cirurgia Média)	Uso	R\$330,59	R\$297,53	R\$282,65	R\$277,00	178
Porte 4 (Cirurgia Grande)	Uso	R\$416,71	R\$375,04	R\$356,29	R\$349,16	178
Porte 5 (Cirurgia Grande)	Uso	R\$499,67	R\$449,70	R\$427,22	R\$418,67	178
Porte 6 (Cirurgia Grande)	Uso	R\$582,73	R\$524,46	R\$498,24	R\$488,27	178
Porte 7 (Cirurgia Especial)	Uso	R\$668,14	R\$601,32	R\$571,26	R\$559,83	178
Porte 8 (Cirurgia Especial)	Uso	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	178
			R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	
TAXAS DE SALA FORA DO CENTRO CIRÚRGICO	COBRANÇA POR	PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	
Taxa de Sala de Pequenas Cirurgias/Cirurgias Ambulatoriais	Uso	R\$17,32	R\$15,58	R\$14,81	R\$14,51	179
Taxa de Sala de Endoscopia Alta ou Baixa	Uso	R\$61,35	R\$55,21	R\$52,45	R\$51,40	179
Taxa de Sala de Hemodinâmica/Procedimentos intervencionistas	Uso	R\$61,35	R\$55,21	R\$52,45	R\$51,40	179
Taxa de Sala de Quimioterapia (Quimioterápicos que exigem a supervisão do Médico Oncologista)	Uso	R\$50,00	R\$42,00	R\$33,40	R\$25,03	180
Taxa de Sala Manipulação Quimioterápicos – Capela	USO	80,00	65,00	52,00	38,40	180
Taxa de Sala de Gesso	Uso	R\$32,68	R\$29,41	R\$27,94	R\$27,38	180
TAXA DE OBSERVAÇÃO DE 2 À 6 HORAS	Uso	R\$48,60	R\$43,74	R\$41,55	R\$40,72	41
TAXA DE OBSERVAÇÃO DE DE 6 À 12 HORAS	Uso	R\$58,32	R\$52,49	R\$49,86	R\$48,87	41
TAXA DE APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATÉ UMA HORA	Uso	R\$9,72	R\$8,75	R\$8,31	R\$8,14	41
TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	Uso	R\$58,55	R\$52,70	R\$50,06	R\$49,06	41
			R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	180
TAXAS DE SERVIÇOS	COBRANÇA POR		PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	
Taxa para Alimentação de Acompanhante (01 acompanhante)	Diária	R\$60,80	R\$54,72	R\$51,98	R\$50,94	182

Curativo tipo 1 (Pequeno) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$23,71	R\$21,34	R\$20,27	R\$19,87	197
Curativo tipo 2 (Médio) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$31,63	R\$28,47	R\$27,04	R\$26,50	197
Curativo tipo 3 (Grande) - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Cada	R\$39,52	R\$35,57	R\$33,79	R\$33,11	197
Taxa de Nebulização (incluso os insumos)	Cada	R\$14,90	R\$13,41	R\$12,74	R\$12,48	182
Taxa de Instrumentador Cirúrgico		R\$200,00	R\$180,00	R\$171,00	R\$167,58	143
TAXAS DE USO DE EQUIPAMENTOS	COBRANÇA POR		PROPOSTA	PROPOSTA	PROPOSTA	
Taxa de uso de bomba de infusão fora da UTI e CC (exclusivamente nas situações previstas no Manual do Credenciado do Plansaúde)	Uso	R\$47,42	R\$42,68	R\$40,54	R\$39,73	183
Taxa de uso do intensificador de imagem/arco cirúrgico (para cirurgia de portes 5 a 8)	Uso	R\$304,00	R\$273,60	R\$259,92	R\$254,72	183
Taxa de uso de bisturi eletrônico microprocessado ou de alta frequência	Uso	R\$36,33	R\$32,70	R\$31,06	R\$30,44	183
Taxa de uso de equipamento de fototerapia	Diária	R\$48,63	R\$43,77	R\$41,58	R\$40,75	183
Taxa de uso de CPAP de pressão fixa (fora do CC e da UTI, sob supervisão)	Diária		R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	183
Taxa de uso de Capnógrafo (fora da UTI e CC, conforme Manual do Credenciado do Plansaúde)	Uso	R\$31,61	R\$28,45	R\$27,03	R\$26,49	183
Taxa de uso de Oxícapnógrafo (fora da UTI e CC, com o devido registro conforme Manual do Credenciado do Plansaúde)		R\$7,87	R\$7,08	R\$6,73	R\$6,59	183
Taxa de uso de colchão d'água/ar/caixa de ovo (somente em UTI e por indicação/necessidade comprovada)	Uso	R\$14,59	R\$13,13	R\$12,47	R\$12,22	183
Taxa de uso de craniótomo. Não cabe cobrança simultânea com o trépano elétrico/drill/perfurador	Uso	R\$47,42	R\$42,68	R\$40,54	R\$39,73	183
Taxa de uso de perfurador/trépano/drill elétrico. Não cabe cobrança simultânea com o craniótomo	Uso	R\$116,74	R\$105,07	R\$99,81	R\$97,82	183
Taxa de uso de desfibrilador (fora da UTI e CC)	Uso		R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	183
Taxa de uso de bomba de circulação extracorpórea	Uso	R\$280,90	R\$252,81	R\$240,17	R\$235,37	183
Taxa de uso de marcapasso externo temporário (não incluso eletrodo de marcapasso)	Uso	R\$85,64	R\$77,08	R\$73,23	R\$71,76	183
Taxa de uso de microscópio cirúrgico	Uso	R\$115,03	R\$103,53	R\$98,35	R\$96,38	183

Taxa de uso de monitor de pressão intracraniana	Uso	R\$82,20	R\$73,98	R\$70,28	R\$68,87	183
Taxa de uso de monitor cardíaco (fora da UTI e CC)	Uso	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	R\$0,00	183
Taxa de uso de manta térmica - ver Manual do Credenciado do Plansaúde	Uso	R\$40,00	R\$36,00	R\$34,20	R\$33,52	183
Taxa de uso de respirador de volume (fora da UTI e CC)	Uso	R\$24,61	R\$22,15	R\$21,04	R\$20,62	183
Taxa de uso de tração esquelética	Uso	R\$32,68	R\$29,41	R\$27,94	R\$27,38	183
Taxa de uso de vídeo cirurgia para Artroscopia (Consultar o Manual do Credenciado do Plansaúde para materiais inclusos).	Uso	R\$325,00	R\$292,50	R\$277,88	R\$272,32	183
Taxa de uso do aparelho de videoendoscópio digestivo DIAGNÓSTICO e CIRÚRGICO	Uso	R\$36,36	R\$32,72	R\$31,09	R\$30,47	183
Taxa de uso do aparelho para videohisteriscopia DIAGNÓSTICA	Uso	R\$156,41	R\$140,77	R\$133,73	R\$131,05	183
Taxa de uso do aparelho para videohisteriscopia CIRÚRGICA	Uso	R\$156,41	R\$140,77	R\$133,73	R\$131,05	183
Taxa de uso do aparelho para videolaparoscopia DIAGNÓSTICA	Uso	R\$300,00	R\$270,00	R\$256,50	R\$251,37	183
Taxa de uso do aparelho para videolaparoscopia CIRÚRGICA	Uso	R\$738,09	R\$664,28	R\$631,07	R\$618,45	183
Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia respiratória (DIAGNÓSTICO/CIRÚRGICO)	Uso	R\$178,08	R\$160,27	R\$152,26	R\$149,21	183
Taxa de uso do aparelho para videoendoscopia CIRÚRGICA em otorrino	Uso	R\$178,08	R\$160,27	R\$152,26	R\$149,21	183
Taxa de uso de aparelho de videoendoscopia CIRÚRGICA urológica.	Uso	R\$183,33	R\$164,99	R\$156,74	R\$153,61	183
GASES MEDICINAIS	COBRANÇA POR					
Oxigênio (independente da via de administração)	Minuto	R\$0,18	R\$0,18	R\$0,18	R\$0,18	160
Ar comprimido	Minuto	R\$0,06	R\$0,06	R\$0,06	R\$0,06	160
Gás carbônico	Minuto	R\$1,62	R\$1,62	R\$1,62	R\$1,62	160
Protóxido de azoto	Minuto	R\$0,91	R\$0,91	R\$0,91	R\$0,91	160

16 MÓDULO IX – GLOSA E RECURSO DE GLOSA, APLICAÇÃO DE GLOSA

1. A glosa é o recurso utilizado para impugnação parcial ou total de quantidades de serviços ou valores cobrados, relativos à prestação da assistência aos beneficiários do plano de saúde.
2. Desta forma, as distorções ou irregularidades detectadas durante a auditoria hospitalar bem como pelo PLANSAÚDE, desde com motivo e fundamentações especificadas, na dependência de sua gravidade, poderão ser passíveis de correção (ajustes) e glosas parciais ou totais.
3. Enquadra-se na categoria distorção as não conformidades que ferem uma norma ou parâmetro, contudo não causam prejuízo quantificável. A sua correção se faz mediante

as orientações ao prestador para as correções devidas e pelo cumprimento das regras que norteiam a prestação dos serviços assistenciais de saúde contratados.

4. Quanto às irregularidades, enquadram-se nessa categoria as resultantes do não cumprimento de uma exigência contratual, legal, norma ou parâmetro, causadoras de um prejuízo quantificável, quer relacionado à prestação de serviço, de ordem financeira ou de ética profissional, ocasionando perdas de itens de serviços cobrados, nos aspectos quantitativas ou de valores, podendo ser parciais ou totais.
5. A aplicação da glosa deve estar, obrigatoriamente, fundamentada em evidências objetivas, na consistência e veracidade dos dados, fatos e informações colhidos, motivos de não conformidade (justificativa da glosa).
6. As não conformidades comprovadas estão sujeitas a medidas que vão de uma orientação (no caso de distorções) até o ressarcimento quantitativo ou monetário (irregularidades na prestação dos serviços ou cobranças indevidas).
7. As glosas podendo ser aplicadas de forma não sequencial e cumulativa, são efetivadas na forma parcial ou total.
8. Para a área de saúde suplementar, de modo geral, se aplica dois de glosas: Administrativa e Técnica.
 - a) Glosa administrativa – quando evidenciado pelo auditor o não cumprimento de parâmetros de ordem administrativa estabelecidos para a cobrança de serviços tais como: falta de comprovação da realização de determinado procedimento (assinatura do beneficiário, do(s) profissional(ais) assistente(s), rasuras.
 - b) Glosa técnica – diretamente relacionada à realização dos procedimentos, decorre de cobranças indevidas de itens que compõem as contas assistenciais.
9. As glosas são consequências das distorções ou irregularidades evidenciadas pelo corpo técnico de auditores do Plano e podem dizer respeito a qualquer dos processos ou atividades relativos à prestação da assistência de saúde, tais como:

Ítems passíveis de glosas	Exemplos de motivos para aplicação da glosa
Autorização/Solicitação	Procedimento requer autorização prévia, o que não foi solicitado.
Atendimento	Internação não foi autorizada.
Guia	Sem assinatura do assistido em tratamento seriado; validade da guia expirada.
Beneficiário/Elegibilidade	Atendimento dentro da carência do beneficiário.
Prestador	Especialidade não cadastrada para o prestador.

Procedimento	Procedimentos médicos duplicados; cobrança de procedimento não solicitado/autorizado.
Diagnóstico	Urgência não aplicável.
Visita	Cobrança de visita hospitalar a paciente internado para paciente em UTI.
Diária	Evolução clínica não compatível com a permanência em UTI.
Exames	Cobrança de exame com história clínica/hipótese diagnóstica não compatível.
Medicamento	Cobrança de medicamento incompatível com o diagnóstico ou sem justificativa de uso.
Material	Cobrança de material em quantidades incompatíveis com o procedimento realizado.
Gases Medicinais	Cobrança de oxigenoterapia sem registro de controle de uso (entrada e saída); Cobrança de gases incompatível com o utilizado/prescrito.
PME	Cobrança de PME em quantidade incompatível com o procedimento realizado.

16.1 SÃO DE DOIS TIPOS:

- a) Glosa parcial: Quando é impugnado parte de uma quantidade ou de um valor de um item cobrado.

Exemplo: Cobrado 05 diárias, no valor unitário de R\$150,00 e no valor total de R\$750,00, quando restou comprovada a permanência de somente 4 dias. Glosada 01 diária e pagas as demais no valor e quantidade corrigidos (04 diárias, no valor total de R\$600,00).

10. Glosa total: Quando é impugnado uma quantidade ou valor total de um item cobrado.

Exemplo: Cobrada a participação de 01 auxílio cirúrgico, no valor de R\$236,45 e não houve nenhum registro da participação do auxiliar. Glosado o auxílio e o valor total correspondente.

11. Na aplicação deste recurso, cabe obediência às regras a seguir descritas:

- A aplicação de glosa é de competência exclusiva dos auditores do Plano (médico e enfermeiro), respeitando a área de competência de cada profissional;
- Quando da aplicação da glosa deverá ser informado o motivo, os serviços a serem glosados e demais informações que consubstanciem a veracidade da impugnação;
- As anotações de glosas deverão ser realizadas na forma padrão estabelecida pelo plano.
- A notificação da glosa obrigatoriamente inclui o item glosado, se é de quantidade ou de valores, se é parcial, total, ou somente ajustes, referindo os motivos, serviços e valores glosados;

- e) código e a especificação do item glosado/ajustado, a glosa por tipo (parcial ou total), a quantidade glosada, o valor glosado e a justificativa da glosa.

Após a formalização da glosa outros procedimentos deverão ser observados, tanto no que refere a processos internos quanto aos relacionados com o prestador auditado estando, em primeiro lugar a comunicação da glosa e o direito assegurado ao prestador de defesa e contraditório, ou seja, o Recurso de Glosa

16.2 RECURSO DE GLOSA - SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO

Uma glosa efetuada pode resultar na apresentação de um recurso. Desta forma, um outro aspecto do controle intimamente ligado a aplicação da glosa é o Recurso de Glosa, que exige para sua efetivação a organização das atividades que permeiam o seu desenvolvimento, aqui sistematizadas em suas diversas etapas.

1. ETAPAS DO PROCESSO – para a efetivação do Recurso de Glosa é necessário o cumprimento das seguintes etapas:

- Recebimento, pelo prestador, do arquivo do pagamento;
- Recebimento do Recurso pela Central de Autorização e Perícia do PlanSaúde;
- Cadastramento das guias recursadas; VI - Análise técnica das Guias;

VII – Comunicação do resultado do recurso ao prestador.

2. RECEBIMENTO, PELO PRESTADOR, DO ARQUIVO DE PAGAMENTO

– o prestador de serviços acessará o arquivo da seguinte forma:

O PlanSaúde enviará aos prestadores as informações sobre a quitação da produção;

o prazo fixado para que o prestador dê entrada no Recurso de Glosa é de até 30 dias após a disponibilização da fatura.

O prestador dá entrada na Central de Autorização e Perícia do PlanSaúde, nos recursos que deseja impetrar;

Na Central de Autorização e Perícia do PlanSaúde é feito o cadastramento do Recurso de Glosa entregue pelo prestador;

o Recurso deverá ser analisado pelo mesmo auditor (médico com a participação de enfermeiro), que efetuou a auditoria pré- pagamento nas Guias, quando da cobrança pelo prestador;

o prazo total para que sejam processadas todas as etapas do Recurso de Glosa (entrada, análise, resultado e pagamento, quando for o caso), será de até 60 dias, contados a partir da data de entrada do Recurso e não da data de atendimento ou cobrança dos serviços;

3. **RESULTADO DA ANÁLISE TÉCNICA** - a análise das Guias selecionadas poderá dar origem a dois tipos de registro:

Guias Indeferidas (Recurso indeferido) – nesta situação o Recurso para estas Guias estará finalizado;

Guias Deferidas Total ou Parcialmente – neste caso, será minutada a Guia, mediante a oposição dos valores de recuperação reconhecidos pelo auditor.

a partir deste momento, nas duas situações, essas Guias receberão o status de “Guias Analisadas”, ficando inaptas para novos Recursos.

FINALIZAÇÃO DO PROCESSO Recurso acatado:

encaminhar para ordenação, posterior liquidação e arquivamento;

informar ao prestador que não caberá mais entrada de novo Recurso para as referidas Guias que, após a quitação, ficarão registradas como inaptas para novo Recurso.

Recurso Não Acatado

mantida a glosa, informar ao prestador que não caberá mais entrada de Recurso para as referidas Guias, que ficarão registradas como inaptas para novo Recurso;

entregar, mediante protocolo, relatório com o resultado do Recurso efetuado, por período e prestador;

arquivar o processo.



