

Tabela TUSS Eletros-Saúde
INSTRUÇÕES GERAIS

1. CLASSIFICAÇÃO HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

1.1 A presente Classificação de Procedimentos foi elaborada com base em critérios técnicos e tem como finalidade hierarquizar os procedimentos médicos aqui descritos, servindo como referência para estabelecer faixas de valoração dos atos médicos pelos seus portes.

1.2 Os portes representados ao lado de cada procedimento não expressam valores monetários, apenas estabelecem a comparação entre os diversos atos médicos no que diz respeito à sua complexidade técnica, tempo de execução, atenção requerida e grau de treinamento necessário para a capacitação do profissional que o realiza.

1.3 A pontuação dos procedimentos médicos, que foi realizada por representantes das Sociedades Brasileiras de Especialidades com assessoria da FIPE – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, está agrupada em 14 portes e três sub portes (A, B e C). Os **portes anestésicos (AN)** permanecem em número de oito e mantém correspondência com os demais portes. Os **portes de atos médicos laboratoriais** seguem os mesmos critérios dos **portes dos procedimentos**, mas correspondem a frações do menor porte (1A). Quanto aos custos, estabeleceu-se a **unidade de custo operacional (UCO)**, que incorpora depreciação de equipamentos, manutenção, mobiliário, imóvel, aluguéis, folha de pagamento etc. Este custo foi calculado para os procedimentos de SADT de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes. A quantificação dos portes e das UCOs ficará sujeita a alteração sempre que modificadas as condições que nortearam suas fixações, sendo admitida banda de 20%, para mais ou para menos, em respeito à regionalização.

1.4 Os atendimentos contratados de acordo com esta Classificação de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.

1.5 Esta classificação constitui referência para acomodações hospitalares coletivas (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos).

2. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

2.1.1 No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;

2.1.2 Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

3. NORMAS GERAIS

3.1 Os portes atribuídos a cada procedimento cirúrgico incluem os cuidados **pós-**

operatórios relacionados com o tempo de permanência do paciente no hospital, até 10 (dez) dias após o **ato cirúrgico**. Esgotado esse prazo, a valoração do porte passa ser regida conforme critérios estabelecidos para as **visitas hospitalares** (código 1.01.02.01-9), ou para as **consultas em consultório** (código 1.01.01.01-2), quando se fizer necessário um acompanhamento ambulatorial.

3.2 VIDEOLAPAROSCOPIA E VIDEOENDOSCOPIA

a) Os procedimentos cirúrgicos realizados por **videolaparoscopia** ou **videoendoscopia** terão portes correspondentes a **uma vez e meia** aos portes previstos nesta Classificação para os mesmos procedimentos realizados por técnica convencional, desde que esses procedimentos realizados por vídeo já não estejam valorados na presente Classificação. Estes portes estão sujeitos ao item 6 destas Instruções.

b) Os portes relativos a procedimentos diagnósticos realizados por **videolaparoscopia** ou **videoendoscopia** corresponderão a **uma vez e meia** aos portes previstos nesta Classificação para os mesmos procedimentos realizados por técnica convencional, desde que esses procedimentos realizados por vídeo já não estejam valorados na presente Classificação. A eles não se aplica o item 6 destas Instruções.

4. VALORAÇÃO DOS ATOS CIRÚRGICOS

4.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões a partir da **mesma via de acesso**, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, **desde que não haja um código específico para o conjunto**.

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

4.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

4.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

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

5. AUXILIARES DE CIRURGIA

5.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

5.2 Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

6. CONDIÇÕES DE INTERNAÇÃO

6.1 Quando o paciente voluntariamente internar-se em **acomodações hospitalares superiores**, diferentes das previstas no item 1.5 destas Instruções e do previsto em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será complementada por negociação entre o paciente e o médico, servindo como referência o item 6.2 destas Instruções.

6.2 Para os planos superiores ofertados por operadoras, diferentemente do previsto no citado item 1.5, fica prevista a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação, nos casos de pacientes internados em apartamento ou quarto privativo, em “day clinic” ou UTI. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previsto em observações específicas do capítulo.

6.3 Eventuais acordos operacionais entre operadoras de serviços de saúde e hospitais não podem diminuir a quantificação dos portes estabelecidos para equipe médica, observados os itens acima (6.1 e 6.2).

7. APLICAÇÃO

7.1 As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de consultas, exames e procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito, tanto por parte dos médicos como das operadoras.

7.2 As interpretações referentes à aplicação desta Classificação de Procedimentos serão efetuadas com exclusividade pela Associação Médica Brasileira e suas Sociedades Brasileiras de Especialidade.

7.3 Cabe à Associação Médica Brasileira, com apoio das Sociedades Brasileiras de Especialidade, definir alterações nesta Classificação de Procedimentos sempre que julgar necessário corrigir, atualizar ou modificar o que nela estiver contido.

7.4 A introdução de novos procedimentos nesta Classificação deverá passar por aprovação prévia de Câmara Técnica coordenada pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. À Comissão Nacional de Honorários Médicos caberá estabelecer a hierarquia e valoração dos novos procedimentos.

7.5 As disposições específicas para os grupos de procedimentos constam no corpo de cada capítulo correspondente.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

ORIENTAÇÕES REFERENTES A PROCEDIMENTOS CLÍNICOS E HOSPITALARES

a) PACIENTE AMBULATORIAL

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

b) PACIENTE INTERNADO

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

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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS PARA A ANESTESIOLOGIA

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

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

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

Porte Anestésico

AN0	Anestesia Local
AN1	3A
AN2	3C
AN3	4C
AN4	6B
AN5	7C
AN6	9B
AN7	10C
AN8	12A

3. O porte anestésico “0” significa “NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA”.

4. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na presente Classificação, a remuneração

deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.

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

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

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

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

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

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

11. Aos procedimentos realizados por VÍDEOLAPAROSCOPIA E/OU VÍDEOTORACOSCOPIA (DIAGNÓSTICOS OU TERAPÊUTICOS) aplica-se o mesmo critério constante do item 3.2 das Instruções Gerais.

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

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

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

OBSERVAÇÕES do Capítulo 1- PROCEDIMENTOS GERAIS

1.01.01.99-3 - Observação:

Aos atendimentos realizados em pronto socorro será aplicado o que consta no item 2 das Instruções Gerais.

1.01.02.99-0 - Observação:

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

1.01.03.99-6 - Observações:

1 - Será obedecido o que consta no item 6 das Instruções Gerais.

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

3 - Se o recém-nascido permanecer internado após o terceiro dia, será feita guia de internação com o diagnóstico da patologia e fixado o porte, a partir daí, correspondente a UMA VISITA HOSPITALAR por dia até a alta, de acordo com o código 1.01.02.01-9 (Tratamento Clínico).

4 - Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia.

5 - Atendimento ao recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O₂ sob pressão positiva e/ou intubação traqueal.

1.01.04.99-2 - Observações:

- Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marcapasso, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nesta Classificação Hierarquizada.

- Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa (intracath).

- Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.

- Será obedecido o que consta nos itens 2 e 6 das Instruções Gerais. Estes critérios não se

aplicam aos portes do plantonista.

1.01.06.99-5 - Observação:

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

OBSERVAÇÕES do Capítulo 2- PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

2.01.99.00-7 - Observações:

1 - A cada 10 sessões terapêuticas ou de reabilitação fisiátrica, será realizada pelo FISIATRA uma revisão, com porte equivalente a uma consulta médica.

2 - O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade de Vida Diária e Terapia de Linguagem.

3 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver a necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

2.02.01.99-0 - Observações:

- Referente ao código 2.02.01.07-9.

- Quando necessário acompanhamento clínico diário além dos 15 dias previstos, a valoração do ato médico corresponderá a uma visita hospitalar diária.

2.02.99.00-1 - Observações:

- No caso de paciente internado, deverá ser observado o contido no item 6 das Instruções Gerais, quanto às sessões de reabilitações e terapêuticas fisiátricas.

- **A Eletros não dobra procedimentos seriados (fisioterápicos e/ou fisiátricos).**

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

OBSERVAÇÕES do Capítulo 3- PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E INVASIVOS

3.01.99.00-0 - OBSERVAÇÕES REFERENTES A QUEIMADURAS:

a) ITENS 3.01.01.021-2, 3.01.01.022-0 e 3.01.01.028-0

1 - Por unidade topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existem 11 (onze) UT: cabeça e pescoço – cada um dos membros superiores - face anterior do tórax - face posterior do tórax - abdome - nádegas (da cintura a raiz da coxa) -

cada uma das coxas - cada um dos conjuntos pernas e pés. Os genitais constituem uma UT à parte de (1%).

2 - Face, pescoço, mão, axila, região inguinais, joelhos, genitais, assim como as regiões onde as lesões atingem estruturas profundas (tendões, vasos e ossos, quando isoladas), cada um corresponde a 2 (duas) UT.

b) OBSERVAÇÕES GERAIS

1 - Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico. Aos procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirúrgicos complementares corresponderão novos portes, cada qual como um novo ato.

2 - A qualquer outro tipo de intervenção de outros especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento serão atribuídos portes de acordo com as classificações das respectivas especialidades.

3.02.99.00-4 - Observação:

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

3.03.99.00-9 - Observação:

A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.

3.07.06.99-8 - Observação:

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

3.07.99.00-7 - Observações:

1 - Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização. Constitui exceção a esta regra o tratamento das entorses, contusões e distensões musculares, que terão seu porte valorado e deve corresponder ao porte da consulta mais a imobilização realizada.

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

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

4 - Revisão de coto de amputação, equivale à metade dos portes estipulados para a amputação do mesmo segmento, com direito a 1 auxiliar.

5 - Pé torto congênito - tratamento conservador: terá porte valorado pela consulta eletiva, mais aquele estabelecido para a imobilização gessada.

3.09.07.99-3 - Observações:

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

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

3.09.09.99-6 - Observação:

Referência código: 3.09.09.003-1

O custo operacional inclui o uso do equipamento.

3.09.11.99-0 e 3.09.12.99-7 - Observações:

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

- Nestes procedimentos caberá um ou dois auxiliares, e seus portes obedecerão o disposto no item 5 das Instruções Gerais.
- As valorações correspondentes a taxa de sala, medicamentos, cateteres, contrastes, filmes e custo operacional serão ajustados diretamente e de comum acordo entre as partes contratantes.
- Quando realizados concomitantemente procedimentos diagnósticos, terapêuticos e diagnósticos/terapêuticos, para fins de valoração dos atos praticados, será observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.

3.09.99.00-6 - Observações:

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

- As cirurgias cardíacas com circulação extracorpórea compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.07.05-5, 3.09.06.16-4 e 3.09.12.08-3, observando-se o previsto nos itens 4.1 e 4.2 das Instruções Gerais.
- Quando utilizado enxerto autógeno, acrescentar o Porte 7C pelo ato cirúrgico de retirada do(s) enxerto(s).
- Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3, 3.09.05.04-4, 2.02.01.03-6, 2.02.01.04-4, 2.02.01.05-2, 3.09.07.14-4, 3.08.04.11-6, 3.08.04.13-2 e 2.01.04.04-9 são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com circulação extracorpórea.

3.11.99.00-3 - Observação:

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

3.12.01.99-7 - Observação:

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

3.12.99.00-8 - Observação:

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

OBSERVAÇÕES do Capítulo 3- PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS**4.01.03.99-4 - Observações:**

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

2 - Aos procedimentos previstos nos códigos 4.01.03.57-9 e 4.01.03.61-7, quando realizados bilateralmente, o porte para o segundo lado equivalerá a 70% do previsto para o primeiro lado.

3 - Aplica-se o previsto no item 6 das Instruções Gerais ao procedimento código 4.01.03.18-8.

4.01.05.99-7 - Observação:

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

4.02.02.99-2 - Observações:

1 - Quando de um procedimento endoscópico diagnóstico resultar em um procedimento cirúrgico, a fixação do porte será efetuada pela somatória do procedimento diagnóstico e do cirúrgico.

2 - Quando o paciente estiver internado, os portes dos procedimentos terapêuticos obedecerão o item 6 das Instruções Gerais.

3 - Nos procedimentos cirúrgicos endoscópicos, quando se fizer necessário o concurso de um médico auxiliar, os portes atribuídos aos atos por ele praticados corresponderão ao previsto no item 5 das Instruções Gerais.

4 - Nos procedimentos 4.02.02.17-8, 4.02.02.18-6 e 4.02.02.25-9, a endoscopia digestiva alta só pode ser remunerada concomitante na primeira sessão.

5 - Quando houver necessidade do concurso do anestesiológico, os atos médicos diagnósticos praticados por este profissional serão valorados pelo porte 2, os terapêuticos pelo porte 3 e os diagnósticos/terapêuticos pelo porte 3.

4.03.04.99-0 - Observações:

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

4.04.99.00-6 - INSTRUÇÕES TÉCNICAS:

1 - O sangue humano, não sendo objeto de comercialização, deverá ser suprido pelos familiares, amigos do paciente beneficiado pela transfusão e pela comunidade em geral. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.

2 - Por PROCESSAMENTO entende-se o recrutamento de doadores, seu cadastramento, exame médico, avaliação de hematócrito e/ou hemoglobina, coleta e lanche do doador, além da determinação do grupo sanguíneo ABO (provas direta e reversa) e Rh (como Du se necessário) e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade coletada. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos. Foi acrescido ao Processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.

3 - Por PROCEDIMENTO entende-se todos os exames pré-transfusionais realizados como determinação do grupo sanguíneo ABO E Rh e pesquisa de anticorpos irregulares no sangue do receptor, prova de compatibilidade, reações sorológicas e taxas de utilização de materiais descartáveis para coleta de amostra.

4 - As reações sorológicas, pela sua multiplicidade e pelas diferenças regionais, serão valoradas de acordo com as necessidades, com códigos individualizados e fracionados para os casos de uso de componentes hemoterápicos.

5 - Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intra-uterinas, operações de processadora automática de sangue, coleta de medula óssea por punção para transplante, coleta de célula tronco por processadora automática para transplante de medula óssea, coleta de célula tronco de sangue de cordão umbilical para transplante de medula óssea, aplicação de medula óssea ou célula tronco periférica, acompanhamento hospitalar/dia do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada, serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Classificação. Nos casos de coleta de medula óssea por punção, serão necessários dois médicos auxiliares e um médico anestesista. Os atos médicos dos auxiliares devem ser valorados de acordo com o disposto no item 5 das Instruções Gerais.

6 - O porte atribuído ao ato médico transfusional refere-se a instalação do sangue e/ou seus componentes no paciente sob responsabilidade do médico hemoterapeuta e o auxílio no tratamento das reações adversas que possam ocorrer em decorrência da transfusão. Cabe um porte para cada unidade hemoterápica aplicada ou retirada (como em sangria terapêutica ou Plasmaférese Terapêutica Manual). Nos casos de acompanhamento pelo médico terapeuta, exclusivamente de um ato transfusional durante toda sua duração, este item poderá ser substituído pelo item 4.04.01.02-2.

4.06.99.00-5 - Observações:

1) Ref. 4.06.01.01-3: Restringe-se ao exame feito durante o ato cirúrgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina; estes serão valorados de acordo com os itens pertinentes da Classificação. Os "imprints" peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0.

2) Ref. 4.06.01.03-0: Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. Assim como no código anterior não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.

3) Ref. 4.06.01.06-4: Estão incluídos neste item todos os procedimentos do exame de microscopia eletrônica, incluindo documentação fotográfica para cada espécime único; espécimes múltiplos terão portes valorados separadamente. Os exames de cortes semifinos apenas, sem utilização do microscópio eletrônico, terão seus portes fixados pelo código 4.06.01.15-3, uma vez a cada espécime.

4) Ref. 4.06.01.07-2; 4.06.01.08-0; 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2. O porte se refere apenas ao ato de coleta. Punções realizadas em diferentes regiões deverão ser valoradas separadamente. Exemplo: Punções realizadas em diferentes quadrantes de mama ou diferentes nódulos de tireoide, são consideradas punções distintas. Os códigos 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2 são usados somente para a primeira região puncionada, devendo as demais seguirem os códigos 4.06.01.07-2 ou 4.06.01.08-0. A análise do material obtido terá seu porte fixado conforme código 4.06.01.11-0 e 4.06.01.25-0.

5) Ref. 4.06.01.11-0: Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente, que não necessite de discriminação das margens de ressecção ou estadiamento (neoplasias); biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em portes separados. Múltiplos frascos com fragmentos designados pelo médico solicitante (por ex: octante de próstata) enviados separadamente são valorados por este código para cada frasco processado. Incluem-se neste item cada "cell block" advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza e "imprints".

6) Ref. 4.06.01.15-3: Cada revisão de lâmina deverá ser descrita e valorada individualmente, seguindo os princípios descritos para biópsias e peças cirúrgicas (4.06.01.11-0, 4.06.01.20-0 e 4.06.01.21-8)

7) Ref. 4.06.01.19-6: Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão não discriminados e colocados em um mesmo frasco.

8) Ref. 4.06.01.20-0: Peças cirúrgicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, incluindo as exéreses de cistos, ressecções cutâneas oncológicas, placenta, hysterectomia simples e ressecções de: vesícula biliar, baço, apêndice cecal, tuba e ovário, sem suspeita de neoplasia, saco herniário, hemorróida, tonsila, corneto nasal e ressecções de pólipos. Também estão incluídos neste código RTU e nódulo prostático isolado, ressecções endoscópicas, biópsias e curetagens uterinas.

9) Ref. 4.06.01.21-8: Peças cirúrgicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo avaliação prognóstica através de estadiamento (p. ex.: produtos de gastrectomias, colectomias e ressecções de órgãos parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos ou prostáticos). Está incluído neste código o produto de conização de colo uterino devendo as margens endo e exocervicais serem remuneradas como peças adicionais. Tratando-se de neoplasias as margens cirúrgicas, estruturas vizinhas e cadeias linfonodais são consideradas peças adicionais e remuneradas com o código 4.06.01.22-6.

10) Ref. 4.06.01.22-6: Peças cirúrgicas adicionais são espécimes secundários de uma peça cirúrgica complexa como por exemplo anexos uterinos (tuba direita e esquerda, e ovário direito e esquerdo) quando retirados no mesmo ato da hysterectomia; e estruturas vizinhas, margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por nível) no caso de cirurgias para neoplasia.

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

4.07.01.99-9 - Observação:

O procedimento 4.07.01.06-9 não inclui teste ergométrico, que deve ser remunerado à parte, considerando para o cálculo o código 4.01.01.04-5.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.08.12.99-5 - Observação:

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

4.08.99.00-4 - INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA RADIOLOGIA DIAGNÓSTICA E INTERVENCIONISTA

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

2 - Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos calculados em metros quadrados, com valores atualizados pela média dos valores de revenda, prazo de 30 dias e compensação de tributos.

3 - Medicamentos, equipamentos, sondas, cateteres, guias, contrastes e material de assepsia não constam desta Classificação. O reembolso será efetuado à parte, de acordo com o BRASÍNDICE ou listagem de preços atualizada.

4 - Exames angiográficos e intervencionistas terão seus portes fixados independentemente de taxas de sala.

5 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos recomendados pelo Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

6 - Eventuais adequações de portes devem obedecer critérios técnicos recomendados e supervisionados pelo CBR.

7 - ANGIOMEDULAR - previstos para seus portes a inclusão no máximo de 4 vasos para angiomedular cervical, 6 vasos para angiomedular torácica e 6 vasos para angiomedular tóraco-lombar.

8 - Os procedimentos de Radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.

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

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

11 - Angiografias por catéter (4.08.12.03-0, 4.08.12.04-9, 4.08.12.05-7, 4.08.12.06-5 e 4.08.12.07-3) incluem-se no máximo de 3 vasos.

12 - Quando realizado angiografia diagnóstica, concomitante à radiologia intervencionista, para fins de valoração dos atos médicos praticados deve ser observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.

4.09.02.99-4 - Observação:

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

4.09.02.99-9 - Observações:

1 - Os contrastes serão reembolsados, segundo o BRASÍNDICE.

2 - Estes valores devem ser reembolsados p/ exames com documentação ou filme de todos os órgãos examinados.

3 - Procedimentos intervencionistas orientados por ultra-som acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.

4 - Os volumes de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos observarão a recomendação do CBR.

5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

6 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

4.10.99.00-1 - Observações:

1 - Contrastes serão reembolsados à parte, segundo o BRASÍNDICE.

2 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos atenderão à recomendação do CBR.

3 - Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes do item 4.08.13.00-2.

4 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados.

Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

5 - Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2.

4.11.99.00-6 - Observações:

1 - Contraste paramagnético será reembolsado à parte, segundo o BRASÍNDICE ou listagem oficial de preços.

2 - Os valores de filmes são calculados em metros quadrados, e seus reembolsos atenderão à recomendação do CBR.

3 - Quando realizados exames em duas ou mais regiões diferentes, remunera-se o custo operacional do exame principal ou de maior porte em 100% do valor previsto nesta Classificação, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados.

Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.

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

4.12.02.99-6 - Observações:

Serão valorados separadamente:

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

4.12.99.00-0 - Nota:

1 - O número de aplicações deve obedecer à normatização do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

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

4.13.01.99-4 - Observação:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

4.14.01.99-9 - Observação:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

4.15.01.99-3 - Observação:

- Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1.

