**ITENS COMPACTADOS PARA REMUNERAÇÃO DAS DIÁRIAS E TAXAS- IN 02/2024 E ATUALIZAÇÕES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO** | **SUBTIPO** | **Nº** | **DESCRIÇÃO** |
|  |  |  | Enfermagem 24 horas |
|  |  | **1.1.1** | (Enfermeiros, Técnicos,Auxiliares, Chefias, Supervisão e |
|  |  |  | Gerência); |
|  |  | **1.1.2** | Nutricionista (Nutricionistas, |
|  |  | Auxiliares de cozinha e copa); |
|  |  |  | Funcionários dos serviços de |
|  |  |  | Higienização, Manutenção e |
|  |  | **1.1.3** | Conservação Predial, Costura, |
|  | **1.1 Pessoal** |  | Rouparia, Mensageiro eCamareira; |
| **01. ITENS QUE COMPÕE O CUSTO DA DIÁRIA POR SISTEMA DE RATEIOS** |  | **1.1.4** | Funcionários Administrativos (Recepção, Informação, Telefonia, Contabilidade,Faturamento, Tesouraria, |
|  |  |  | Secretárias, RH, SAME, SESMT, |
|  |  |  | D. Médicas e CCIH). |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **1.2 Serviços** | **1.2.1** | Custos dos Serviços de Apoio Próprio ou Terceirizados (Higienização, Lavanderia, Vigilância Segurança, Medicina do Trabalho); |
| **1.2.2** | Tecnologia de Informação. |
| **02. MATERIAL DE EXPEDIENTE E OUTROS NÃO REEMBOLSÁVEIS** | **2.1 Predial** | **2.1.1** | Área Física, Móveis e Utensílios, Instalações (O2, água, luz, esgoto, gás, telefone), Geradorde Energia, Depreciação; |
| **2.1.2** | Compreende Área Assistencial, Área de Apoio e ÁreaAdministrativa. |
| **2.2****Concessionárias** | **2.2.1** | Água, Energia Elétrica, Telefone,Gás e Óleo Diesel. |
| **2.3 Impostos** | **2.3.1** | FGTS, INSS, COFINS, IR, IPTU,IPVA, ISQN e Contribuição Social. |
|  |  | **3.1.1** | Administração de dietoterapia; |
| **3.1.2** | Aspirações de secreções oral etraqueal; |
| **3.1.3** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **3.1.4** | Avaliação e prescrição deenfermagem; |
| **3.1.5** | Balanço hídrico; |
| **3.1.6** | Cateterismo vesical de alívio edemora (materiais não inclusos); |
| **3.1.7** | Controle de diurese; |
| **3.1.8** | Controle de drenos; |
| **3.1.9** | Controle de Pressão VenosaCentral (sem equipo); |
| **3.1.10** | Controle de trações; |
| **3.1.11** | Controle de sinais vitais; |
| **3.1.12** | Cuidados higiene pessoal dopaciente com materiais incluindo tricotomia; |
| **3.1.13** | Curativos (todos os tipos e tamanhos) - Pequeno, médio, grande, especial, umbilical eoftalmológico; |
| **3.1.14** | Drenagem de tórax simples econtínua com soluções à parte; |
| **3.1.15** | Demais serviços de enfermagem; |
| **3.1.16** | Embrocação com materiais esoluções; |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1 Serviços de Enfermagem** | **3.1.17** | Enteroclisma; |
| **3.1.18** | Heparinização sem materiais; |
| **3.1.19** | HGT com material ou Glucometercom materiais; |
| **3.1.20** | Higiene oral, com soluçõeshigienizantes; |
| **3.1.21** | Instalação de quadro balcânico; |
| **3.1.22** | Instalação e monitorização deaparelhos; |
| **3.1.23** | Lavado e aspirado gástrico commateriais básicos; |
| **3.1.24** | Lavagem vesical contínua eintermitente, soluções à parte; |
| **3.1.25** | Locomoção interna do paciente; |
| **3.1.26** | Mudança de decúbito; |
| **3.1.27** | Nebulização e inalação; |
| **3.1.28** | Orientação na alta; |
| **3.1.29** | Preparo do paciente paraprocedimentos médicos; |
| **3.1.30** | Preparo, instalação e administração de NutriçãoParenteral Total; |
| **3.1.31** | Preparo, instalação eadministração de Quimioterapia; |
| **3.1.32** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **3.1.33** | Preparo, instalação emanutenção de venóclise; |
| **3.1.34** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **3.1.35** | Preparo do corpo/tamponamentoem caso de óbito com materiais; |
| **3.1.36** | Sondagens; |
| **3.1.37** | Troca de roupa de cama e banhodo paciente. |
|  | **3.1.38** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases) |
| **3.2 Nutrição** | **3.2.1** | Assistência dietoterápica de nutrição e dietética, prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação dasdietas; |
| **3.2.2** | Avaliação e acompanhamentonutricional; |
| **3.2.3** | Dieta do paciente de acordo com prescrição médica, exceto dietasindustrializadas; |
|  |

1. **DIÁRIA COMPACTA -**

**QUARTO (Enfermaria, Coletivo 2 Leitos, Privativo,**

**Apartamento e Suíte)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **3.2.4** | Orientação nutricional nomomento da alta; |
| **3.3****Equipamentos** | **3.3.1** | Aspirador a vácuo, elétrico ou ar comprimido com cânula, látex e vidro coletor - sistema convencional; |
| **3.3.2** | Berçoaquecido/Incubadora/Fototerapia; |
| **3.3.3** | Bomba de infusão qualquer tipo ou modelo, exceto descartável eequipos; |
| **3.3.4** | Cama balança; |
| **3.3.5** | Carro de parada cardiorrespiratória / VentilaçãoMecânica; |
| **3.3.6** | Colchão anti-decúbito /Piramidal; |
| **3.3.7** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **3.3.8** | Desfibrilador cardíaco; |
| **3.3.9** | Inalador; |
| **3.3.10** | Monitor de ECG; |
| **3.3.11** | Nebulizador (qualquer tipo oumodelo); |
| **3.3.12** | Oxímetro. |
|  | **3.4.1** | Atendimento médico por plantonista de intercorrências clínicas à beira do leito (primeiroatendimento); |
| **3.4.2** | Boletins de internação e alta,censo hospitalar, laudos, etc.; |
| **3.4.3** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **3.4.4** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **3.4.5** | Dosador para medicação via oral; |
| **3.4.6** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **3.4.7** | Filtro Bacteriano Respiratório e Incubadora (todos os tipos etamanhos); |
| **3.4.8** | Isolamento e precauções c/ materiais de proteção(funcionário/paciente isolado); |
| **3.4.9** | Leites Infantis Modificados para Substituição do Leite Materno.Ex: Nan e Pré-Nan; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **3.4 Outros** | **3.4.10** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **3.4.11** | Materiais Básicos; |
| **3.4.12** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **3.4.13** | Máscara facial de Silicone com coxim inflável, qualquer tipo ou modelo; |
| **3.4.14** | Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos osacessórios; |
| **3.4.15** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **3.4.16** | Pulseira de identificação; |
| **3.4.17** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **3.4.18** | Roupa de cama e banho para o acompanhante (no caso de apartamento privativo com direito a acompanhante), conformepadrão interno; |
| **3.4.19** | Transporte de equipamentos(Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc). |
|  |  | **4.1.1** | Administração de dietoterapia; |
| **4.1.2** | Aspirações de secreções oral etraqueal; |
| **4.1.3** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **4.1.4** | Avaliação e prescrição deenfermagem; |
| **4.1.5** | Balanço hídrico; |
| **4.1.6** | Cateterismo vesical alívio edemora (materiais não inclusos); |
| **4.1.7** | Controle de diurese; |
| **4.1.8** | Controle de drenos; |
| **4.1.9** | Controle de hemofiltração; |
| **4.1.10** | Controle de Pressão VenosaCentral (sem equipo); |
| **4.1.11** | Controle de trações; |
| **4.1.12** | Controle de sinais vitais; |
| **4.1.13** | Controle e manutenção de DiálisePeritoneal; |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1.14** | Cuidados higiene pessoal dopaciente com materiais incluindo tricotomia; |
| **4.1.15** | Curativos (todos os tipos e tamanhos) - Pequeno, médio, grande, especial, umbilical eoftalmológico; |
| **4.1.16** | Demais serviços de enfermagem; |
| **4.1.17** | Drenagem de tórax simples econtínua com soluções à parte; |
| **4.1.18** | Embrocação com materiais esoluções; |
| **4.1.19** | Enteroclisma; |
| **4.1.20** | Heparinização sem materiais; |
| **4.1.21** | HGT com material ou Glucometercom materiais; |
| **4.1.22** | Higiene oral, com soluçõeshigienizantes; |
| **4.1.23** | Instalação de quadro balcânico; |
| **4.1.24** | Instalação e monitorização de aparelhos (monitor cardíaco, ventilador bio-monitor, monitoração de pressão não invasiva, bombas de infusão, balão intraórtico e bomba retornovenoso); |
| **4.1.25** | Instalação de P.I.C.; |
| **4.1.26** | Lavado e aspirado gástrico; |
| **4.1.27** | Lavagem vesical contínua e intermitente, com soluções àparte; |
| **4.1.28** | Locomoção interna do paciente; |
| **4.1.29** | Manutenção de Balão Intraórtico; |
| **4.1.30** | Mudança de decúbito; |
| **4.1.31** | Nebulização e inalação; |
| **4.1.32** | Orientação na alta pelaenfermeira; |
| **4.1.33** | Preparo do paciente paraprocedimentos médicos; |
| **4.1.34** | Preparo, instalação e administração de NutriçãoParenteral Total; |
| **4.1.35** | Preparo, instalação eadministração de Quimioterapia; |
| **4.1.36** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |

**4.1 Serviços de Enfermagem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **4.1.37** | Preparo, instalação emanutenção de venóclise; |
| **4.1.38** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **4.1.39** | Preparo do corpo/tamponamentoem caso de óbito com materiais; |
| **4.1.40** | Sondagens; |
| **4.1.41** | Tricotomia com materiais; |
| **4.1.42** | Troca de roupa de cama e banhodo paciente; |
| **4.1.43** | Verificação da Glicosúria; |
|  | **4.1.44** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **4.2 Nutrição** | **4.2.1** | Assistência dietoterápica de nutrição e dietética, prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação dasdietas; |
| **4.2.2** | Avaliação e acompanhamentonutricional; |
| **4.2.3** | Dieta do paciente de acordo com prescrição médica, exceto dietas industrializadas administradaspor sondas; |
| **4.2.4** | Orientação nutricional nomomento da alta. |
| **4.3****Equipamentos** | **4.3.1** | Aspirador a vácuo, elétrico ou ar comprimido com cânula, látex e vidro coletor - sistemaconvencional; |
| **4.3.2** | Berço aquecido; |
| **4.3.3** | Bilirrubinômetro; |
| **4.3.4** | Bombas de Infusão todos ostipos e modelos, exceto descartáveis e equipos; |
| **4.3.5** | Cama balança; |
| **4.3.6** | Carro de paradacardiorrespiratória; |
| **4.3.7** | Colchão anti-decúbito/Piramidal; |
| **4.3.8** | Console de Balão Intraórtico; |
| **4.3.9** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **4.3.10** | Desfibrilador cardíaco; |
| **4.3.11** | Fototerapia; |
| **4.3.12** | Gerador de Marca-passoTransitório; |
| **4.3.13** | Inalador; |
| **4.3.14** | Incubadora; |
|  |

1. **DIÁRIA COMPACTA DE UTI/CTI**

**(Adulto/Pediátrica/Neonatal)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **4.3.15** | Monitor qualquer tipo e modelo (capnografia, MCC, pressão não invasiva, pressão invasiva, oximetria, monitor de pressãointracraniana e temperatura; |
| **4.3.16** | Nebulizador (qualquer tipo oumodelo); |
| **4.3.17** | Refratômetro; |
| **4.3.18** | Transporte de equipamentos(Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc); |
| **4.3.19** | Ventilação Mecânica (blender, avolume, não invasiva (bipap, e cpap) e pressão. |
| **4.4 Outros** | **4.4.1** | Boletins de internação e alta,censo hospitalar, laudos, etc; |
| **4.4.2** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **4.4.3** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **4.4.4** | Capa para vídeo; |
| **4.4.5** | Dosador para medicação via oral; |
| **4.4.6** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **4.4.7** | Filtro Bacteriano Respiratório e Incubadora (todos os tipos etamanhos); |
| **4.4.8** | Honorários do MédicoPlantonista; |
| **4.4.9** | Isolamento e precauções c/ materiais de proteção(funcionário/paciente isolado); |
| **4.4.10** | Leites Infantis Modificados para Substituição do Leite Materno.Ex: Nan e Pré-Nan; |
| **4.4.11** | Materiais Básicos; |
| **4.4.12** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **4.4.13** | Máscara facial Silicone comcoxim inflável, qualquer tipo ou modelo; |
| **4.4.14** | Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos osacessórios; |
| **4.4.15** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **4.4.16** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **4.4.17** | Pulseira de identificação; |
| **4.4.18** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **4.4.19** | Roupa de cama e banho para o acompanhante (no caso de apartamento privativo com direito a acompanhante), conformepadrão interno; |
| **4.4.20** | Taxa de vídeo e capa de vídeo; |
| **4.4.21** | Transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc); |
| **4.4.22** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja). |
|  |  | **5.1.1** | Administração de dietoterapia; |
| **5.1.2** | Aspirações de secreções oral etraqueal; |
| **5.1.3** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **5.1.4** | Avaliação e prescrição deenfermagem; |
| **5.1.5** | Balanço hídrico; |
| **5.1.6** | Cateterismo vesical de alívio edemora (materiais não inclusos); |
| **5.1.7** | Banho no leito, de imersão ou deaspersão; |
| **5.1.8** | Controle de diurese; |
| **5.1.9** | Controle antropométrico; |
| **5.1.10** | Controle de drenos; |
| **5.1.11** | Controle de hemofiltração; |
| **5.1.12** | Controle de pressão venosacentral (equipo cobrado à parte); |
| **5.1.13** | Controle de trações; |
| **5.1.14** | Controle de sinais vitais (pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca e respiratória,temperatura por qualquer via); |
| **5.1.15** | Controle e manutenção de DiálisePeritoneal; |
| **5.1.16** | Controle de gerador demarcapasso dentre outros; |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.1.17** | Cuidados higiene pessoal do paciente com materiais incluindotricotomia; |
| **5.1.18** | Curativos (todos os tipos e tamanhos) - Pequeno, médio, grande, especial, umbilical eoftalmológico; |
| **5.1.19** | Demais serviços de enfermagem; |
| **5.1.20** | Drenagem de tórax simples e contínua (soluções cobradas àparte); |
| **5.1.21** | Embrocação com materiais esoluções; |
| **5.1.22** | Enteroclisma; |
| **5.1.23** | Heparinização de acessovenosos (materiais não inclusos); |
| **5.1.24** | HGT com material ou Glucometercom materiais; |
| **5.1.25** | Higiene oral, com soluçõeshigienizantes; |
| **5.1.26** | Instalação de quadro balcânico; |
| **5.1.27** | Monitorização de aparelhos(monitor cardíaco, bombas de infusão, bomba retorno venoso); |
| **5.1.28** | Lavado e aspirado gástrico; |
| **5.1.29** | Lavagem vesical contínua eintermitente (soluções cobradas à parte); |
| **5.1.30** | Locomoção interna do paciente; |
| **5.1.31** | Mudança de decúbito; |
| **5.1.32** | Nebulização e inalação; |
| **5.1.33** | Orientação na alta pelaenfermeira; |
| **5.1.34** | Preparo do paciente paraprocedimentos médicos; |
| **5.1.35** | Instalação e administração deNutrição Parenteral Total; |
| **5.1.36** | Instalação e administração deQuimioterapia; |
| **5.1.37** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **5.1.38** | Preparo, instalação emanutenção de venóclise; |
| **5.1.39** | Preparo do corpo/tamponamentoem caso de óbito com materiais; |

**5.1 Serviços de Enfermagem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **5.1.40** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **5.1.41** | Assepsia e antissepsia (inclui os materiais utilizados, descartáveis ou não descartáveis utilizados naequipe e no paciente); |
| **5.1.42** | Sondagens; |
| **5.1.43** | Tricotomia com materiais; |
| **5.1.44** | Troca de roupa de cama; |
| **5.1.45** | Verificação da Glicosúria; |
|  | **5.1.46** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **5.2 Nutrição** | **5.2.1** | Assistência dietoterápica de nutrição e dietética, prescrição, planejamento, análise, supervisão e avaliação dasdietas; |
| **5.2.2** | Avaliação e acompanhamento nutricional; |
| **5.2.3** | Dieta do paciente de acordo com prescrição médica, exceto dietas industrializadas administradaspor sondas; |
| **5.2.4** | Orientação nutricional nomomento da alta. |
| **5.3****Equipamentos** | **5.3.1** | Aspirador a vácuo, elétrico ou ar comprimido com cânula, látex e vidro coletor - sistemaconvencional; |
| **5.3.2** | Berço aquecido; |
| **5.3.3** | Bombas de infusão todos ostipos e modelos exceto os modelos descartáveis e equipos; |
| **5.3.4** | Cama balança; |
| **5.3.5** | Carro de paradacardiorrespiratória; |
| **5.3.6** | Colchão anti-decúbito/piramidal; |
| **5.3.7** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **5.3.8** | Desfibrilador cardíaco; |
| **5.3.9** | Fototerapia; |
| **5.3.10** | Gerador de marcapassotransitório; |
| **5.3.11** | Inalador; |
| **5.3.12** | Incubadora; |
| **5.3.13** | Monitorização MCC - Pressãonão invasiva, oximetria e temperatura; |
|  |

1. **DIÁRIA COMPACTA DE UNIDADE INTERMEDIÁRIA**

**GERAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **5.3.14** | Nebulizador (qualquer tipo oumodelo); |
| **5.3.15** | Refratômetro; |
| **5.3.16** | Transporte de equipamentos(Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc); |
| **5.3.17** | Ventilação mecânica nãoinvasiva (Bipap, Cpap). |
| **5.4 Outros** | **5.4.1** | Boletins de internação e alta,censo hospitalar, laudos, etc; |
| **5.4.2** | Aposentos com móveispadronizados (cama e berço); |
| **5.4.3** | Roupa de cama e banho para o para o paciente e acompanhante (no caso de apartamento privativo com direito a acompanhante) conforme padrão interno; |
| **5.4.4** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **5.4.5** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **5.4.6** | Dosador para medicação via oral; |
| **5.4.7** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **5.4.8** | Honorários do médicoplantonista; |
| **5.4.9** | Isolamento e precauções c/materiais de proteção (funcionário/paciente isolado); |
| **5.4.10** | Leites infantis modificados para substituição do leite materno. Ex:Nan e Pré-Nan; |
| **5.4.11** | Materiais básicos; |
| **5.4.12** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **5.4.13** | Máscara facial Silicone com coxim inflável, qualquer tipo oumodelo; |
| **5.4.14** | Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos osacessórios; |
| **5.4.15** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **5.4.16** | Pulseira de identificação; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **5.4.17** | Perneira ou Bota de retornovenoso - qualquer tipo ou modelo; |
| **5.4.18** | Transporte de equipamentos(Raio X, Eletrocardiógrafo, Ultrassom, etc); |
| **5.4.19** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja). |
| **06. DIÁRIA DE ISOLAMENTO** | **6.1 Composição** | **6.1.1** | Aposento com móveispadronizados (cama e berço); |
| **6.1.2** | Roupa de cama e banho para o paciente e acompanhanteconforme padrão interno; |
| **6.1.3** | Higienizações concorrente e terminal, incluindo materiais de uso na higiene e desinfecção doambiente; |
| **6.1.4** | Dieta, do paciente, por via oral, exceto as dietas enterais industrializadas (via: sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia, ileostomia ou via oral) e suplementos especiais; |
| **6.1.5** | Serviços/procedimentos de enfermagem como: preparo, administração e instalação de medicamentos, por qualquer via de acesso, assim comoparenterais; |
| **6.1.6** | Controle de sinais vitais; |
| **6.1.7** | Controle: hídrico, de drenos, de diurese, antropométrico, de PVCe de gerador de marca-passo; |
| **6.1.8** | Banho: no leito, de imersão ou deaspersão; |
| **6.1.9** | Instalação e controle de: monitorização cardíaca, irrigações vesicais, sondagens, aspirações, inalações, curativos ede glicemia; |
| **6.1.10** | Permeabilização e heparinizaçãode cateteres; |
| **6.1.11** | Tricotomia; |
| **6.1.12** | Curativos; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **6.1.13** | Mudança de decúbito elocomoção interna do paciente; |
| **6.1.14** | Paramentação (máscara, gorro, propés, avental) descartável ou não, utilizada pela equipe multidisciplinar, paciente ouacompanhante; |
| **6.1.15** | Dosador para medicação via oral; |
| **6.1.16** | Copos descartáveis; |
| **6.1.17** | Algodão; |
| **6.1.18** | Antissépticos, cotonetes; |
| **6.1.19** | Avaliação nutricional e prescrição da alimentação ao paciente, pelanutricionista; |
| **6.1.20** | Higiene pessoal do paciente, incluindo materiais como: espátula, gaze, dentifrício,sabonete, e higienizante bucal; |
| **6.1.21** | Serviços e taxas administrativas. |
| **07. DIÁRIA DE ACOMPANHANTE** | **7.1 Composição** | **7.1.1** | Todas as refeições oferecidas pela instituição, roupa de cama, equipamentos de proteção individual. |
|  | **8.1 Serviços de Enfermagem** | **8.1.1** | Administração de dietoterapia; |
| **8.1.2** | Aspirações de secreções oral etraqueal; |
| **8.1.3** | Assistência a parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **8.1.4** | Avaliação e prescrição deenfermagem; |
| **8.1.5** | Balanço hídrico; |
| **8.1.6** | Controle de diurese; |
| **8.1.7** | Controle de drenos; |
| **8.1.8** | Controle de pressão venosacentral; |
| **8.1.9** | Controle de trações; |
| **8.1.10** | Controle dos sinais vitais; |
| **8.1.11** | Cuidados e higiene pessoal dopaciente; |
| **8.1.12** | Curativos pequeno, médio,grande e oftalmológico; |
| **8.1.13** | Demais serviços de enfermagem; |
| **8.1.14** | Drenagem de tórax simples econtínua e soluções à parte; |
| **8.1.15** | HGT e/ou Glucometer commateriais; |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **8.1.16** | Higiene e conforto do paciente; |
| **8.1.17** | Higiene oral; |
| **8.1.18** | Instalação e controle de nutriçãoparenteral total; |
| **8.1.19** | Instalação e manutenção devenóclise; |
| **8.1.20** | Instalação e monitorização deaparelhos; |
| **8.1.21** | Lavagem vesical contínua eintermitente (soluções à parte); |
| **8.1.22** | Locomoção interna do paciente; |
| **8.1.23** | Mudança de decúbito; |
| **8.1.24** | Nebulização e inalação; |
| **8.1.25** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **8.1.26** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **8.1.27** | Preparo do corpo/tamponamentocom materiais; |
| **8.1.28** | Troca de roupa de cama e banhodo paciente; |
|  | **8.1.29** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases) |
| **8.2 Nutrição** | **8.2.1** | Dietas do paciente de acordo com prescrição médica exceto dietas industrializadas administradas por sondas. |
| **8.3****Equipamentos** | **8.3.1** | Aspirador a vácuo ou elétricocom cânula, látex e vidro coletor; |
| **8.3.2** | Bomba de infusão qualquer tipo ou modelo exceto descartáveis eequipos; |
| **8.3.3** | Bomba de retorno venoso; |
| **8.3.4** | Carro de parada; |
| **8.3.5** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **8.3.6** | Desfibrilador cardíaco; |
| **8.3.7** | Inalador; |
| **8.3.8** | Monitor por módulos MCC,oximetria e pressão não invasiva; |
| **8.3.9** | Nebulizador (qualquer tipo oumodelo); |
| **8.3.10** | Sensor de BIS. |
|  | **8.4.1** | Boletins de internação e alta,censo hospitalar, laudos, etc; |
| **8.4.2** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
|  |

**08. TAXA DE SALA CIRÚRGICA,**

**RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **8.4 Outros** | **8.4.3** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **8.4.4** | Dosador para medicação via oral; |
| **8.4.5** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **8.4.6** | Filtro bacteriano respiratório e incubadora (todos os tipos etamanhos); |
| **8.4.7** | Honorários do médicoplantonista; |
| **8.4.8** | Limpeza, desinfecção, preparo eesterilização dos materiais; |
| **8.4.9** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **8.4.10** | Materiais básicos; |
| **8.4.11** | Materiais de proteção(funcionário/paciente isolado); |
| **8.4.12** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **8.4.13** | Máscara facial Silicone com coxim inflável (qualquer tipo oumodelo); |
| **8.4.14** | Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos os acessórios; |
| **8.4.15** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **8.4.16** | Leites infantis modificados para substituição do leite materno. Ex:Nan e Pré-Nan; |
| **8.4.17** | Pulseira de identificação; |
| **8.4.18** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **8.4.19** | Taxa de vídeo e capa de vídeo; |
| **8.4.20** | Transporte de equipamentos (Raio X, Eletrocardiógrafo,Ultrassom, etc); |
| **8.4.21** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja). |
|  |  | **9.1.1** | Aspirador a vácuo ou elétricocom cânula, látex e vidro coletor; |
| **9.1.2** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **9.1.3** | Avaliação de enfermagem; |

**09. TAXA DE SALA DE OBSERVAÇÃO, ATÉ 6 HORAS (OU 12 HORAS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **9.1.4** | Bisturi; |
| **9.1.5** | Bomba de infusão qualquer tipo ou modelo exceto descartáveis eequipos; |
| **9.1.6** | Carro de anestesia; |
| **9.1.7** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **9.1.8** | Carro de parada exceto materiaise medicamentos; |
| **9.1.9** | Cateterismo vesical; |
| **9.1.10** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **9.1.11** | Controle dos sinais vitais; |
| **9.1.12** | Dosador para medicação via oral; |
| **9.1.13** | Eletrocardiógrafo; |
| **9.1.14** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **9.1.15** | Filtro bacteriano e incubadora(todos os tipos e tamanhos); |
| **9.1.16** | Instalações e equipamentospermanentes |
| **9.1.17** | Instalação e manutenção devenóclise; |
| **9.1.18** | Isolamento e precauções c/ materiais de proteção (funcionário/paciente isolado); |
| **9.1.19** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **9.1.20** | Materiais Básicos; |
| **9.1.21** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **9.1.22** | Máscara facial Silicone comcoxim inflável, qualquer tipo ou modelo; |
| **9.1.23** | Máscara de Venturi e máscara de reservatório incluso todos osacessórios; |
| **9.1.24** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **9.1.25** | Nebulizador qualquer tipo oumodelo; |
| **9.1.26** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **9.1.27** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
|  |

* 1. **Composição**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **9.1.28** | Preparo do paciente paraprocedimentos; |
| **9.1.29** | Pulseira de identificação; |
| **9.1.30** | Roupas apropriadas (máscaras,propés e toucas); |
| **9.1.31** | Serviços de enfermagem; |
| **9.1.32** | Taxa de vídeo e capa de vídeo; |
| **9.1.33** | Tricotomia; |
| **9.1.34** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja); |
| **9.1.35** | Uso de equipamentos/monitores(qualquer tipo ou modelo); |
| **9.1.36** | Ventilador mecânico; |
|  |  | **9.1.37** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **10. TAXA COMPACTA DE SALA DE IMOBILIZAÇÃO****GESSADA** | **10.1****Composição** | **10.1.1** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
| **10.1.2** | Antissepsia da equipe; |
| **10.1.3** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **10.1.4** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **10.1.5** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **10.1.6** | Equipamentos/instrumentais para colocação e retirada de gesso (qualquer tipo ou modelo); |
| **10.1.7** | Instalações e equipamentospermanentes; |
| **10.1.8** | Instalação e manutenção devenóclise; |
| **10.1.9** | Limpeza, desinfecção e preparodos equipamentos; |
| **10.1.10** | Materiais básicos; |
| **10.1.11** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **10.1.12** | Pulseira de identificação; |
| **10.1.13** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **10.1.14** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **10.1.15** | Serviços de enfermagem e dotécnico de gesso; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **10.1.16** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja); |
|  |  | **10.1.17** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **11. TAXA COMPACTA DE SALA DE SESSÃO DE****QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL** | **11.1****Composição** | **11.1.1** | Aspirador a vácuo ou elétricocom cânula, látex e vidro coletor; |
| **11.1.2** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **11.1.3** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
| **11.1.4** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **11.1.5** | Avaliação de enfermagem; |
| **11.1.6** | Bomba de infusão qualquer tipo ou modelo, exceto descartáveis eequipos; |
| **11.1.7** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **11.1.8** | Capela de fluxo laminar; |
| **11.1.9** | Cateterismo vesical; |
| **11.1.10** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **11.1.11** | Controle dos sinais vitais; |
| **11.1.12** | Cuidados do paciente pósprocedimento; |
| **11.1.13** | Curativo de cateter semi ou implantável, com materiais; |
| **11.1.14** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **11.1.15** | Dosador para medicação via oral; |
| **11.1.16** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **11.1.17** | Heparinização de cateter semmateriais; |
| **11.1.18** | Instalações e equipamentospermanentes; |
| **11.1.19** | Instalação e manutenção devenóclise; |
| **11.1.20** | Limpeza, desinfecção, preparodos equipamentos; |
| **11.1.21** | Materiais básicos; |
| **11.1.22** | Monitores em geral qualquer tipoe modelo (inclui cabo); |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **11.1.23** | Nebulizador qualquer tipo oumodelo; |
| **11.1.24** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **11.1.25** | Pulseira de identificação; |
| **11.1.26** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **11.1.27** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **11.1.28** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **11.1.29** | Preparo do paciente paraprocedimentos; |
| **11.1.30** | Roupas apropriadas (máscaras,propés e toucas); |
| **11.1.31** | Serviços farmacêuticos; |
| **11.1.32** | Serviços de enfermagem; |
|  |  | **11.1.33** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
|  |  | **12.1.1** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **12.1.2** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
| **12.1.3** | Aspirador elétrico ou a vácuo; |
| **12.1.4** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **12.1.5** | Bisturi elétrico ou bipolar complaca convencional e caneta; |
| **12.1.6** | Campos operatórios/compressascirúrgicas e gazes; |
| **12.1.7** | Caneta para Marcação Cirúrgica(todos os tipos); |
| **12.1.8** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **12.1.9** | Circulante; |
| **12.1.10** | Compressa e campo cirúrgico(todos os tipos e tamanhos); |
| **12.1.11** | Curativo da ferida operatória commateriais; |
| **12.1.12** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **12.1.13** | Desfibrilador; |
| **12.1.14** | Dosador para medicação via oral; |
| **12.1.15** | Equipamentos de proteçãoindividual; |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **12. TAXA COMPACTA DE SALA DE PEQUENOS****PROCEDIMENTOS** | **12.1****Composição** | **12.1.16** | Filtro bacteriano e incubadora(todos os tipos e tamanhos); |
| **12.1.17** | Instalações e equipamentospermanentes e mesas auxiliares; |
| **12.1.18** | Instrumentais cirúrgicos; |
| **12.1.19** | Limpeza, desinfecção, preparo eesterilização dos instrumentais; |
| **12.1.20** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **12.1.21** | Materiais básicos; |
| **12.1.22** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **12.1.23** | Máscara facial silicone comcoxim inflável, qualquer tipo ou modelo; |
| **12.1.24** | Máscara de venturi e máscara dereservatório incluso todos os acessórios; |
| **12.1.25** | Monitor qualquer tipo e modelo; |
| **12.1.26** | Nebulizador qualquer tipo oumodelo; |
| **12.1.27** | Oxímetro qualquer tipo e modelo(inclui sensor e cabo); |
| **12.1.28** | Placa de eletrocautério (todos ostipos e tamanhos); |
| **12.1.29** | Roupas apropriadas (máscaras,propés e toucas); |
| **12.1.30** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **12.1.31** | Pulseira de identificação; |
| **12.1.32** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **12.1.33** | Serviços de enfermagem; |
| **12.1.34** | Taxa de vídeo e capa de vídeo; |
| **12.1.35** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja); |
|  |  | **12.1.36** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
|  |  | **13.1.1** | Admissão do RN; |
| **13.1.2** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **13.1.3** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
|  |

* + 1. **TAXA DE SALA**

|  |  |
| --- | --- |
| **13.1.4** | Aspirador a vácuo ou elétricocom cânula, látex e vidro coletor; |
| **13.1.5** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
| **13.1.6** | Bandeja descartável deanestesia; |
| **13.1.7** | Berço aquecido; |
| **13.1.8** | Bisturi elétrico ou bipolar complaca convencional e caneta; |
| **13.1.9** | Bomba de infusão qualquer tipo ou modelo, exceto descartável eequipos; |
| **13.1.10** | Campos operatórios/compressase gazes; |
| **13.1.11** | Caneta para Marcação Cirúrgica(todos os tipos); |
| **13.1.12** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **13.1.13** | Capa para vídeo e microscópio; |
| **13.1.14** | Capnógrafo com sensor; |
| **13.1.15** | Carro anestésico completoincluindo ar comprimido; |
| **13.1.16** | Carro de paradacardiorrespiratória; |
| **13.1.17** | Circulante; |
| **13.1.18** | Curativo da ferida operatória commateriais; |
| **13.1.19** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **13.1.20** | Desfibrilador cardíaco; |
| **13.1.21** | Dosador para medicação via oral; |
| **13.1.22** | Gerador de marcapasso; |
| **13.1.23** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **13.1.24** | Esternótomo e Fotóforo; |
| **13.1.25** | Filtro bacteriano e incubadora(todos os tipos e tamanhos); |
| **13.1.26** | Intensificador de imagem; |
| **13.1.27** | Instalações e equipamentospermanentes e mesas auxiliares; |
| **13.1.28** | Instrumentador; |
| **13.1.29** | Limpeza, desinfecção, preparo eesterilização dos instrumentais; |
| **13.1.30** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **13.1.31** | Materiais básicos; |
|  |

**CIRÚRGICA (Geral, Cesária, Hemodinâmica, etc)**

**13.1**

**Composição**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **13.1.32** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **13.1.33** | Máscara facial silicone com coxim inflável qualquer tipo oumodelo; |
| **13.1.34** | Máscara de venturi e máscara de reservatório incluso todos osacessórios; |
| **13.1.35** | Microscópio cirúrgico; |
| **13.1.36** | Monitor por Módulos de pressão invasiva, pressão não invasiva,MCC, Oximetria temperatura; |
| **13.1.37** | Nebulizador qualquer tipo oumodelo; |
| **13.1.38** | Placa de eletrocautério (todos ostipos e tamanhos); |
| **13.1.39** | Preparo e esterilização de roupas(máscara, propés, toucas, etc); |
| **13.1.40** | Serra pneumática comnitrogênio; |
| **13.1.41** | Serviços de enfermagem; |
| **13.1.42** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **13.1.43** | Pulseira de identificação; |
| **13.1.44** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **13.1.45** | Taxa de vídeo e Capa de vídeo; |
| **13.1.46** | Torre de vídeo; |
| **13.1.47** | Transluminador; |
| **13.1.48** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e de enfermagem (ex. bandeja); |
|  |  | **13.1.49** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
|  |  | **14.1.1** | Admissão do RN; |
| **14.1.2** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **14.1.3** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
| **14.1.4** | Aspirador a vácuo ou elétricocom cânula, látex e vidro coletor; |
| **14.1.5** | Assistência em parada cardíacacom materiais permanentes; |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **14.1.6** | Bandeja descartável deanestesia; |
| **14.1.7** | Berço aquecido; |
| **14.1.8** | Bisturi elétrico ou bipolar complaca convencional e caneta; |
| **14.1.9** | Cardiotacógrafo; |
| **14.1.10** | Campos operatórios/compressase gazes todos tamanhos e modelos; |
| **14.1.11** | Cânula de Guedel (todos os tipose tamanhos); |
| **14.1.12** | Capa para vídeo; |
| **14.1.13** | Carro de paradacardiorrespiratória; |
| **14.1.14** | Circulante; |
| **14.1.15** | Curativo da ferida operatória commateriais; |
| **14.1.16** | Demais equipamentos (qualquertipo ou modelo); |
| **14.1.17** | Desfibrilador cardíaco; |
| **14.1.18** | Dosador para medicação via oral; |
| **14.1.19** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **14.1.20** | Filtro bacteriano e incubadora(todos os tipos e tamanhos); |
| **14.1.21** | Instrumentais cirúrgicos; |
| **14.1.22** | Instrumentador cirúrgico; |
| **14.1.23** | Limpeza, desinfecção, preparo eesterilização dos instrumentais; |
| **14.1.24** | Manta térmica para controle detemperatura; |
| **14.1.25** | Materiais básicos; |
| **14.1.26** | Máscara laríngea (todos os tipose tamanhos); |
| **14.1.27** | Máscara facial silicone com coxim inflável qualquer tipo oumodelo; |
| **14.1.28** | Máscara de venturi e máscara dereservatório incluso todos os acessórios; |
| **14.1.29** | Microscópio cirúrgico; |
| **14.1.30** | Monitor por Módulos de pressãonão invasiva, MCC e oximetria; |
| **14.1.31** | Nebulizador qualquer tipo oumodelo; |
|  |

* + 1. **TAXA COMPACTA DE SALA CENTRO**

**OBSTÉTRICO (Parto**

**Normal)**

**14.1**

**Composição**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **14.1.32** | Placa de eletrocautério (todos ostipos e tamanhos); |
| **14.1.33** | Preparo, instalação emanutenção de hemoterápico; |
| **14.1.34** | Roupas apropriadas (máscara,propés e toucas); |
| **14.1.35** | Serviços de enfermagem; |
| **14.1.36** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **14.1.37** | Pulseira de identificação; |
| **14.1.38** | Perneira ou Bota de retornovenoso - qualquer tipo ou modelo; |
| **14.1.39** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. Bandeja); |
|  | **14.1.40** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases) |
| **14.2 Observação** | **14.2.1** | O tempo que a paciente permanecer em trabalho de parto está contemplado na taxa de salade centro obstétrico. |
| **15. TAXA DE SALA PARA APLICAÇÃO DE****MEDICAÇÃO** | **15.1****Composição** | **15.1.1** | Instalações e equipamentospermanentes; |
| **15.1.2** | Antissepsia do paciente com materiais e soluçõesantissépticas; |
| **15.1.3** | Antissepsia da equipe; |
| **15.1.4** | Limpeza, desinfecção e preparodos equipamentos; |
| **15.1.5** | Serviços de enfermagem; |
| **15.1.6** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **15.1.7** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **15.1.8** | Pulseira de identificação; |
| **15.1.9** | Materiais básicos; |
| **15.1.10** | Equipamentos de proteçãoIndividual; |
|  |  | **15.1.11** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
|  | **16.1** | **16.1.1** | Materiais e soluçõesantissépticas; |
| **16.1.2** | Soro Fisiológico / Águabidestilada; |
| **16.1.3** | Gaze, Compressas, Apósitos eCampo Operatório; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **16. TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO (PEQUENO /****MÉDIO / GRANDE)** | **Composição** | **16.1.4** | Micropore, esparadrapos e fitasadesivas; |
| **16.1.5** | Ataduras; |
| **16.1.6** | Pulseira de identificação; |
| **16.1.7** | Seringa e agulha; |
| **16.1.8** | Taxa de Sala; |
| **16.1.9** | Serviços de enfermagem. |
| **16.2 Observação** | **16.2.1** | Descrever a dimensão do curativo na folha de prescrição/evolução deenfermagem. |
| **16.3 Pagamento** | **16.3.1** | Cobra-se por sessão e por lesão, mediante prescrição médica ou de enfermagem, de acordo como tamanho da lesão descrito. |
| **17. TAXA DE SALA/SESSÃO DE****INALAÇÃO/NEBULIZAÇÃO** | **17.1****Composição** | **17.1.1** | Máscaras; |
| **17.1.2** | Extensores; |
| **17.1.3** | Soro Fisiológico (independentedo volume); |
| **17.1.4** | Água Destilada (independente dovolume); |
| **17.1.5** | Ar comprimido e ou oxigênio; |
| **17.1.6** | Seringas, agulhas e transofix(qualquer tipo ou modelo); |
| **17.1.7** | Equipamentos de proteçãoindividual; |
| **17.1.8** | Uso do equipamento; |
| **17.1.9** | Serviços de enfermagem; |
| **17.1.10** | Broncodilatadores inalatórios; |
| **17.1.11** | Taxa de Sala; |
| **17.1.12** | Pulseira de identificação. |
| **17.2 Pagamento** | **17.2.1** | Cobra-se por sessão, medianteprescrição médica. |
|  |  | **18.1.1** | Taxas de Expediente; |
| **18.1.2** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **18.1.3** | Antissepsia do paciente com materiais e soluções; |
| **18.1.4** | Campos operatórios qualquer modelo e tamanho /compressascirúrgicas, gazes e aventais; |
| **18.1.5** | Curativos com material básico; |
| **18.1.6** | Serviços de enfermagem etécnicos de gesso; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **18. TAXA POR USO/SESSÃO DE SALA DE****PROCEDIMENTO AMBULATORIAL** | **18.1****Composição** | **18.1.7** | Preparo e administração deinjeção IM ou SC; |
| **18.1.8** | Instalações e equipamentospermanentes e mesas auxiliares; |
| **18.1.9** | Limpeza, desinfecção, preparo eesterilização dos instrumentais; |
| **18.1.10** | Equipamentos de Proteção Individual, como luvas descartáveis, óculos de proteção,etc; |
| **18.1.11** | Materiais básicos; |
| **18.1.12** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **18.1.13** | Pulseira de identificação; |
| **18.1.14** | Tricotomia; |
| **18.1.15** | Instrumentais cirúrgicos; |
| **18.1.16** | Utilização do instrumental permanente usado em procedimentos médicos e deenfermagem (ex. bandeja); |
| **18.1.17** | Roupas apropriadas (máscaras,propés e toucas); |
|  | **18.1.18** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **18.2 Observação** | **18.2.1** | Utiliza-se para remunerar: HGT com material, infiltrações, Retirada de Pontos, Sondagens, Lavagens, Enemas (realizadosem caráter ambulatorial). |
| **18.3 Pagamento** | **18.3.1** | Por uso (apenas uma unidade de cobrança, independentemente daquantidade de procedimentos). |
| **19. SALA DE** |  | **19.1.1** | Expediente para pacienteambulatorial; |
| **19.1.2** | Vídeo por uso -endoscopia/colonoscopia; |
| **19.1.3** | Bisturi elétrico ou bipolar complaca convencional e caneta; |
| **19.1.4** | Recuperação do paciente; |
| **19.1.5** | Preparo paracolonoscopia/endoscopia; |
| **19.1.6** | Aspirador à vácuo central; |
| **19.1.7** | Oximetria; |
| **19.1.8** | Antissepsia da equipe com materiais (escovas) e soluções (PVPI, sabonete líquido entreoutros); |
| **19.1.9** | Antissepsia do paciente commateriais e soluções; |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS (EDA e COLONO)** | **19.1****Composição** | **19.1.10** | Campos operatórios todos ostamanhos e modelos/compressas cirúrgicas, gazes e aventais; |
| **19.1.11** | Curativos com material básico; |
| **19.1.12** | Serviços de enfermagem; |
| **19.1.13** | Tampa vedante qualquer tipo oumodelo; |
| **19.1.14** | Pulseira de identificação; |
| **19.1.15** | Perneira ou Bota de retorno venoso - qualquer tipo oumodelo; |
| **19.1.16** | Equipamentos/instrumentais; |
| **19.1.17** | Pinças, alças e instrumentais deuso permanente; |
| **19.1.18** | Preparo, instalação e administração de medicamentospor qualquer via de acesso; |
| **19.1.19** | Roupas apropriadas (máscaras,propés e toucas); |
|  | **19.1.20** | Gasoterapia (ar comprimido, oxigênio e demais gases). |
| **19.2 Pagamento** | **19.2.1** | Por Uso. |
| **20. MATERIAIS BÁSICOS** | **20.1****Composição** | **20.1.1** | Máscara comuns, gorro, touca, propés, avental descartável ou não, utilizada pela equipemultidisciplinar e paciente; |
| **20.1.2** | EPI, luvas de procedimentos, gazes, gel (p/ carro parada),copos descartáveis; |
| **20.1.3** | Cotonetes; |
| **20.1.4** | Soro para curativos enebulizações, antissépticos; |
| **20.1.5** | Espátula; |
| **20.1.6** | Dentifrício; |
| **20.1.7** | Sabonete e higienizante bucal; |
| **20.1.8** | Fita para glicosúria, fita para HGTe Glucometer; |
| **20.1.9** | Algodão e lâminas paratricotomia; |
| **20.1.10** | Esparadrapo, micropore, fitaadesiva hospitalar; |
| **20.1.11** | Azul de metileno; |
| **20.1.12** | Clamp umbilical atadura paracurativos; |
| **20.1.13** | Insumos para prevenção de lesão de pele e hidratação,cadarço. |
|  |  | **20.1.14** | Abaixador lingua / espátula, absorvente feminino ,acetona, ácido acético, ácidos graxos essenciais, água oxigenada, agulha acupuntura, álcool puro para assepsia, almofada, bolsa e colchão terapêutico, antissépticos (todos),bandagens, bastonete de algodão, bisturi com cabo, cal soda, canula guedel, capa protetora, cpap,curativo antisséptico tradicional / coleta, desinfetante hospitalar, digluconato de clorexidina, eletrodo descartável ecg adulto e infantil, emulsão hidratante, esparadrapo, esponja de vítreo, guia/estilete para sonda nasoentérica, filme para hemodinâmica (limite = 45 mm),fixadores de sondas e cateteres,formol, fraldas adulto e infantil, gaze, gel p/ eletrocardiografia e ecografia, glicerina, hastes flexíveis, iodopovidina (todos),kit tração cutânea, lancetas,luva cirúrgica sem látex,luva não estéril, máscaras, placa eletrocirúrgica e eletrodos,gama probe, pulseira p/ identificação de pacientes,rompedor de membrana desc,saco plástico (todos).salto ortopédico,saneantes, saneante reagente, serra de gigli,solucao de thiersch,sonda de aspiração traqueal,suspensório escrotal, swab, tampa equipo, tampa oclusora, tintura de benjoin, tira teste, torunda, trepano, tricotomizador e lâminas (qualquer tipo ou modelo),vestimenta hospitalar(qualquer tipo ou modelo), manta térmica, cartucho tempo de coagulação ativa, agulha para escleroterapia, solução de schiller (corantes análise laboratoriais).  |

# ANEXO III

* 1. **Diárias - Códigos que serão inativados em face da compactação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Códigos Substituídos** | **DESCRIÇÃO IPERGS** | **Novos****Códigos** |
| 4006 | 4014 | 4022 | 4030 | 4049 | 4057 | 4065 | UNIDADE DE INTERNACAO- QUARTO SEMIPRIVATIVO | 60000171 |
| 5002 | 5010 | 5029 | 5037 | 5045 | 5053 | 5061 | UNIDADE DEINTERNACAO- QUARTO PRIVATIVO | 60000198 |
| 6602e 5606 | 6610e 5614 | 6629e 5622 | 6637e 5630 | 6645e 5649 | 6653e 5657 | 6661e 5665 | ACOMPANHANTE- PAMES e ACOMPANHANTE-PRIVATIVO |  |
| 6106 | 6114 | 6122 | 6130 | 6149 | 6157 | 6165 | DIARIA HOSPITALARPSIQUIATRICA-PAMES | 60000538 |
| 8010 | 8028 | 8036 | 8044 | 8052 | 8060 | 8079 | CENTRO DE NEONATOLOGIA RECEM-NASCIDONORMAL | 60000619 |
| 8109 | 8117 | 8125 | 8133 | 8141 | 8150 | 8168 | CENTRO DE NEONATOLOGIA RECEM-NASCIDOPATOLOGICO | 60000627 |
| 5100 | 5118 | 5126 | 5134 | 5142 | 5150 | 5169 | DIARIA HOSPITALARPSIQUIATRICA- PRIVATIVO | 60000678 |
| 4600 | 4618 | 4626 | 4634 | 4642 | 4650 | 4669 | UNIDADEINTERMEDIARIA | 60000929 |
| 8702 | 8710 | 8729 | 8737 | 8745 | 8753 | 8761 | CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO (INCLUI HONORARIOINTENSIVISTA) | 600001038 |
| 8206 | 8214 | 8222 | 8230 | 8249 | 8257 | 8265 | CENTRO DE NEONATOLOGIA- TRAT INTENSIVO S/ISOLAMENTO (INCLUI HONORINTENSIVISTA) | 60001062 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6009 | 6017 | 6025 | 6033 | 6041 | 6050 | 6068 | UNIDADE DE INTERNACAO- QUARTO PAMES | 60034068 |
| 4103 | 4111 | 4120 | 4138 | 4146 | 4154 | 4162 | DIARIA HOSPITALARPSIQUIATRICA-SEMI PRIVATIVO | 60034416 |

|  |
| --- |
| CÓDIGOS DESATIVADOS DEVIDO À COMPACTAÇÃO NAS DIÁRIASPRINCIPAIS |
| 6300 6319 63276335 6343 63516360 | ISOLAMENTO TOTAL-ACRESCIMO s/a DIARIA PAMES |
| 5304 5312 53205339 5347 53555363 | ISOLAMENTO TOTAL-ACRESCIMO s/a DIARIA PRIVATIVO |
| 4308 4316 43244332 4340 43594367 | ISOLAMENTO TOTAL-ACRESCIMO s/a DIARIA SEMI PRIVATI VO |
| 4502 4510 45294537 4545 45534561 | MANEJO COM EXCRETAS INFECTADAS (RESP/URINA) - SEMI PRIVATIVO |
| 6505 6513 65216530 6548 65566564 | MANEJO COM EXCRETAS INFECTADAS (RESP/URINA)- PAMES |
| 5509 5517 55255533 5541 55505568 | MANEJO COM EXCRETAS INFECTADAS(RESP/URINA)- PRIVATI VO |
| 6408 6416 64246432 6440 64596467 | TECNICAS DE ISOLAMENTO(FERIDA/PELE)-PAMES |
| 5401 5410 54285436 5444 54525460 | TECNICAS DE ISOLAMENTO(FERIDA/PELE)-PRIVATIVO |
| 4405 4413 44214430 4448 44564464 | TECNICAS DE ISOLAMENTO(FERIDA/PELE)-SEMI PRIVATIVO |

* 1. **- Taxas - Códigos que serão inativados em face da compactação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Códigos** | **DESCRIÇÃO IPERGS** |
| 1988 | INSTRUMENTAL ESPECIAL DE VIDEOCIRURGIA, POR USO |
| 655 | MONITORIZACAO ARRITMIAS - POR DIA |
| 698 | MONITORIZACAO CENTRO CIRURGICO/OBSTETRIC - PORHORA |

|  |  |
| --- | --- |
| 671 | MONITORIZACAO COM CAPNOGRAFIA - POR DIA |
| 582 | MONITORIZACAO COM ECG/FREQUENCIA CARDIACA - PORDIA |
| 639 | MONITORIZACAO DEBITO CARDIACO - POR DIA |
| 663 | MONITORIZACAO MECANICA PULMONAR - POR DIA |
| 590 | MONITORIZACAO PRESSAO ARTERIA PULMONAR - POR DIA |
| 612 | MONITORIZACAO PRESSAO ARTERIAL INTRA- LUMINAR -POR DIA |
| 620 | MONITORIZACAO PRESSAO ARTERIAL NAO INVASIVA - PORDIA |
| 604 | MONITORIZACAO PRESSAO INTRA-CRANIANA - POR DIA |
| 680 | MONITORIZACAO REMOTA POR TELEMETRIA - POR DIA |
| 647 | MONITORIZACAO TEMPERATURA ELETRONICA - POR DIA |
| 167 | SALA - PESSOAL EXTRA NA SALA ( CIRC/INST R ) - PORHORA |
| 205 | SALA - TRABALHO DE PARTO - POR HORA |
| 280 | TAXA PARA TERAPIA COMPLEMENTAR PSIQUIATR ICA |
| 981 | UNIDADE SEPTICA - ATE 12 HORAS |
| 990 | UNIDADE SEPTICA - ATE 18 HORAS |
| 965 | UNIDADE SEPTICA - ATE 4 HORAS |
| 973 | UNIDADE SEPTICA - ATE 8 HORAS |
| 574 | VENTILACAO A VOLUME |
| 566 | VENTILACAO MECANICA C/ REGIME RESPIR. ESPECIAL |
| 557 | VENTILACAO MECANICA COM BLENDER |
| 540 | VENTILACAO MECANICA SIMPLES - POR DIA |
| 1970 | VIDEOCAMERA, FONTE DE LUZ, INSUFLADOR E VIDEO |
| 1996 | VITREOFAGO |
| 256 | TAXA DE ADMINISTRAÇÃO POR USO DE OPME |
| 248 | TAXA ADMINISTRATIVA PARA USO DE OPME (10% DO VALOR |

**III.II - Serviços - Códigos que serão inativados em face da compactação**

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO IPE** | **DESCRIÇÃO IPERGS** |
| 1015 | ALIMENTACAO PARENTERAL - TAXA DE PREP. |
| 1465 | APARELHO PARA VIDEOSCOPIA - POR USO |
| 450 | AR COMPRIMIDO - POR HORA |
| 507 | ASPIRACAO A VACUO CENTRAL - POR HORA |
| 1031 | ASPIRACAO DE SECRECAO (PAC. ENTUBADO ) |
| 515 | ASPIRACAO POR BOMBA - POR HORA |
| 1481 | ASPIRADOR SILENTOR - POR USO |
| 1490 | AUDIOMETRO - POR USO |
| 1040 | BALANCO HIDRICO - POR DIA |
| 1503 | BERCO AQUECIDO - POR HORA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1511 | BISTURI BIPOLAR - POR USO |
| 1520 | BISTURI ELETRICO/CAUTERIO - POR USO |
| 1546 | BOMBA DE CIRCULACAO EXTRA-CORPOREA - POR |
| 1538 | BOMBA DE INFUSAO CONTINUA - POR DIA ( MA |
| 1554 | BOMBA DE SUCCAO DE LEITE - POR USO |
| 1562 | CAMA BALANCA - POR DIA |
| 2046 | CAPNOGRAFIA EM SALA DE CIRURGIA - POR MINUTO |
| 1570 | CARDIOTACOGRAFO - POR HORA |
| 1589 | CARRO DE ANESTESIA COMPLETO - POR HORA |
| 1597 | CARRO DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA - PO |
| 1058 | CATETERISMO VESICAL - P/ SESSAO C/ MAT. |
| 1066 | CETONURIA - POR ATENDIMENTO |
| 1619 | CHIRODRILL/HOLL AIR TRILL - POR USO |
| 1074 | CISTOMETRIA - POR ATENDIMENTO |
| 1627 | COLCHAO ANTIDECUBITO OU TERMICO - POR DI |
| 1090 | CONTROLE DE PVC - POR DIA |
| 1651 | DERMATOMO - POR USO |
| 1678 | DESFIBRILADOR CARDIACO - POR USO |
| 1198 | DIETOTERAPIA - CALCULO INICIAL - |
| 1201 | DIETOTERAPIA DIAS SUBSEQUENTES |
| 1210 | DRENAGEM DE TORAX SIMPLES - P/ATENDI. |
| 1686 | DRILL MICRO-SERRA - POR USO |
| 1694 | DRILL MICROTON - POR USO |
| 1228 | EMBROCACAO - POR SESSAO C/ MAT. CONS |
| 1236 | ENTEROCLISMA - POR SESSAO MAT. CONS. |
| 1716 | ESTERNOTOMO - POR USO |
| 1244 | FLEBOTOMIA - POR ATENDIMENTO C/ MATERIAL |
| 1724 | FOTOTERAPIA - POR hora |
| 493 | GAS CARBONICO P/ CONGELAMENTO - P/ USO |
| 1252 | GLICOSURIA - POR ATENDIMENTO C/ MATERIAL |
| 1260 | HGT - HEMOGLICOTESTE - POR ATENDIMENTO |
| 1740 | INCUBADORA - POR DIA |
| 1732 | INCUBADORA DE TRANSPORTE C/O2 - POR USO |
| 1279 | LAVADO E ASPIRADO TRAQUEAL - POR ATEND. |
| 1295 | LAVAGEM GASTRICA, INCLUSIVE SONDAGEM - P |
| 1309 | LAVAGEM VESICAL - POR ATENDIMENTO |
| 1767 | MARCA-PASSO TRANSITORIO - POR USO |
| 1783 | NARCOFLEX OU PULMONAT - POR USO ( MATERI |
| 434 | NEBULIZACAO CONTINUA - P/ DIA |
| 1414 | NECROTERIO, PREPARO DE CORPO - USO |
| 1791 | NEFROLITOTRITOR - POR USO |
| 1317 | NUTRICAO NASO-ENTERICA - CALCULO INICIAL |
| 1325 | NUTRICAO NASO-ENTERICA - DIAS SUBSEQUEN- |
| 1333 | ORIENTACAO NUTRICIONAL NA ALTA HOSPITA- |
| 1813 | OTOSCOPIO - POR USO |
| 396 | OXIGENIO (QUARTO/INCUB./C. RECUP./AMB.) |
| 418 | OXIGENIO NA SALA DE CIRUGIA |

|  |  |
| --- | --- |
| 400 | OXIGENIO NA SALA DE CIRURGIA |
| 2020 | OXIMETRO DE PULSO EM SALA DE CIRURGIA/recupera--o |
| 1821 | OXIMETRO/OXIMETRO DE PULSO - POR DIA |
| 1830 | PERFURADOR ELETRICO OU A AR COMPRIMIDO - |
| 469 | PROTOXITO DE AZOTO |
| 1350 | PUNCAO LOMBAR DIAGNOSTICA |
| 1848 | QUADRO BALCANICO - TAXA DE INSTALACAO |
| 1368 | QUIMIOTERAPIA (PACIENTE INTERNADO) |
| 1856 | RAQUIMANOMETRO - POR USO |
| 1864 | REFRATOMETRO - POR USO |
| 1872 | RESSECTOR ENDOSCOPICO - POR USO |
| 1376 | RETIRADA DE PONTOS - POR SESSAO C/ |
| 1899 | SERRA ELETRICA OU A AR COMPRIMIDO - POR |
| 1392 | SONDAGEM RETAL - POR SESSAO C/ MATERIAL |
| 1384 | SONDAGEM VESICAL OU URETRAL - POR SESSAO |
| 1910 | TONOMETRO - POR USO |
| 1929 | TRACAO ESQUELETICA - POR DIA |
| 1937 | TRANSILUMINADOR - POR USO |
| 1406 | TRICOTOMIA - POR SESSAO C/ MAT. CONS. |
| 1945 | ULTRA-SOM ( EUCOTONE ) - POR USO |
| 485 | UMIDIFICACAO E/OU VAPORIZACAO - P/ HORA |
| 1953 | VACUO EXTRATOR - POR USO |
| 1961 | VENTILOMETRO - POR USO |