

**TABELA 0022 DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS DA ÁREA MÉDICA
ITAIPU BINACIONAL - INSTRUÇÕES GERAIS**

INSTRUÇÕES GERAIS DA TABELA TUSS DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS DA ÁREA MÉDICA – ITAIPU BINACIONAL

1. TABELA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS

- 1.1. A presente Tabela 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. A tabela contendo os valores dos portes encontra-se na segunda parte deste instrumento.
- 1.3. Os procedimentos médicos estão agrupados em 14 portes e três sub-portes (A, B e C). Os portes anestésicos (AN) permanecem em número de oito e mantem 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. Este custo foi calculado para os procedimentos de Serviços Auxiliares Diagnósticos e Terapêuticos (SADT) de cada Especialidade. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da ITAIPU. Para os SADT de Exames laboratoriais e todo o Capítulo 5 - procedimentos realizados por profissionais não médicos - não há definição de portes e UCO. Nestes casos, há definição do valor final para cada procedimento.
- 1.4. Os atendimentos contratados de acordo com esta Tabela de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.

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:
- 2.2. No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- 2.3. Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- 2.4. Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência.

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.

PROCEDIMENTOS POR VÍDEO

- 3.2. Os procedimentos cirúrgicos realizados por Vídeo têm portes independentes dos seus correlatos realizados por técnica convencional. Para a sua valoração foram utilizados os mesmos atributos aplicados aos atos convencionais: tempo, cognição, complexidade e risco. Estes portes estão sujeitos ao item 6 destas Instruções.

3.3. Aos procedimentos diagnósticos realizados por Videolaparoscopia e Videoendoscopia não se aplica o disposto no item 6 destas Instruções.
3.4. A UCO aplicada nestes procedimentos refere-se à taxa de utilização do videolaparoscópio diagnóstico ou cirúrgico, não cabendo cobrança de taxa de equipamento à parte.
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 ou em múltiplas estruturas articulares 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 Tabela.
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 àquelas previstas em seu plano de saúde original, a valoração do porte referente aos procedimentos será estipulada por negociação entre o paciente e o médico.
6.2. Para os planos com acomodação exclusivamente privativa fica estabelecida a valoração do porte pelo dobro de sua quantificação. Não estão sujeitos às condições deste item os atos médicos realizados por plantonistas, em Unidades de Terapia Intensiva, Hospital Dia e todos os procedimentos constantes do capítulo IV (Diagnósticos e Terapêuticos), exceto quando previstos em observações específicas do capítulo.
7. APLICAÇÃO
7.1. As solicitações, autorizações, bem como eventuais negativas de procedimentos deverão ser sempre realizadas por escrito, tanto por parte dos médicos como das operadoras.
7.2. A introdução de novos procedimentos na tabela deverá passar por aprovação prévia da ITAIPU.
7.3. As disposições específicas para os grupos de procedimentos constam no corpo de cada capítulo correspondente.
7.4. Esta Tabela não expressa qualquer divisão por especialidade médica, havendo procedimentos mesclados em várias seções e realizados por várias especialidades.

8. INSTRUÇÕES GERAIS ESPECÍFICAS PARA ANESTESIOLOGIA	
8.1. 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.	
8.1.1. Não inclui medidas/controles invasivos que poderão ser valorados separadamente pelo anestesiológico, que deverá utilizar, para tal, o porte previsto para o cirurgião.	
8.2. Neste trabalho, os atos anestésicos estão classificados em portes de 0 a 8, conforme as indicações do quadro abaixo:	
Porte Anestésico	
0Anestesia Local	
13A	
23C	
34C	
46B	
57C	
69B	
710C	
812A	
8.3. O porte anestésico "0" significa "NÃO PARTICIPAÇÃO DO ANESTESIOLOGISTA".	
8.4. Quando houver necessidade do concurso de anestesiológico em atos médicos que não tenham seus portes especialmente previstos na presente Tabela, a remuneração deste especialista será equivalente ao estabelecido para o PORTE 3.	
8.5. 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 anestesiológico será o que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% dos demais atos praticados.	
8.6. 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 anestesiológico serão estabelecidos em acréscimo ao ato anestésico de maior porte 70% dos demais.	
8.7. Em caso de cirurgia bilateral no mesmo ato anestésico, inexistindo código específico na presente Tabela, os atos praticados pelo anestesiológico serão acrescidos de 70% do porte atribuído ao primeiro ato cirúrgico.	
8.8. Para os atos AN7 e AN8 ou naqueles nos quais seja utilizada Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 horas, o anestesiológico responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um anestesiológico auxiliar, sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% dos portes previstos para o(s) ato(s) realizados pelo anestesiológico principal.	
8.9. Na valoração dos portes constantes desta Tabela incluem a anestesia geral, condutiva regional ou local, bem como a assistência do anestesiológico, por indicação do cirurgião ou solicitação do paciente, seja em procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos tanto em regime de internamento como ambulatorial.	

8.10. Os portes atribuídos aos atos do anestesiológico(s) referem-se exclusivamente à intervenção pessoal, livre de quaisquer despesas, mesmo as referentes a agentes anestésico, analgésicos, drogas, material descartável, tubos endotraqueais, seringas, agulhas, cateteres, "scalps", cal sodada, gases medicinais e outros empregados na realização do ato anestésico.
8.11. O aluguel de equipamentos de controle e execução de anestésias será permitido através de instituição juridicamente estabelecida, seja com o hospital ou terceiros por ele contratados com valoração acordada previamente.
8.12. Quando for necessária ou solicitada consulta com o anestesiológico, em consultório, previamente à internação ou à cirurgia ambulatorial, o anestesiológico fará jus ao porte equivalente à consulta clínica.
8.13. Nos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, inclusive aqueles relacionados no capítulo IV, quando houver necessidade do concurso do anestesiológico, aplica-se o previsto no item 6.2 das Instruções Gerais.
OBSERVAÇÕES POR CAPÍTULO DAS INSTRUÇÕES GERAIS DA TABELA TUSS DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS DA ÁREA MÉDICA – ITAIPU BINACIONAL
OBSERVAÇÕES 1.01.01.99-3 – Consultas Médicas
1. Aos atendimentos realizados em pronto socorro será aplicado o que consta no item 2 das Instruções Gerais.
2. A consulta de oftalmologia padrão inclui: anamnese, refração, inspeção das pupilas, acuidade visual, retinoscopia, ceratometria, fundoscopia, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário da motilidade ocular e do senso cromático.
3. COMPOSIÇÃO DA CONSULTA - PRAZO DE VALIDADE – RECONSULTA a) A consulta médica compreende a anamnese, o exame físico, conclusão diagnóstica, prognóstico e prescrição terapêutica caracterizando, assim, um ato médico completo concluído ou não num único período de tempo. b) Quando houver necessidade de exames complementares que não podem ser executados e apreciados nesse período de tempo, este ato médico terá continuidade e finalização quando o paciente retornar com os exames solicitados, não devendo, portanto, neste caso, ser considerado como uma nova consulta. c) Se, porventura, este retorno ocorrer quando existirem alterações de sinais ou sintomas que venham a requerer a necessidade de nova anamnese, exame físico completo, prognóstico, conclusão diagnóstica e/ou prescrição terapêutica, o procedimento deve ser considerado como uma nova consulta e dessa forma ser remunerada. d) Nos casos de tratamentos prolongados, quando há necessidade periódica de reavaliação e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão ser cobradas. e) Exigir que se cumpra a lei 9.656/98 quando a mesma estabelece que pode haver limitação para o número de consultas médicas em clínicas básicas ou especializadas.
4. Referente ao código 2.21.00.50-4: As consultas de pré-natal devem ser realizadas de acordo com o seguinte cronograma: a) Até a 28ª semana: mensalmente (a cada 30 dias); b) Entre a 28ª e 36ª semana: quinzenalmente (a cada 15 dias); c) Após a 36ª semana: semanalmente (a cada 7 dias). A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre,

como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Quando realizada a solicitação deste código, deve ser informada a idade gestacional da paciente.
Observações 1.01.02.99-0 – Visitas Médicas
1. Para visita hospitalar, será observado o que consta dos itens 3.1 e 6 das Instruções Gerais.
Observações 1.01.03.99-6 – Atendimento a Recém Nascido
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. Referente ao código 1.01.03.01-5: a) Será cobrado uma vez a cada dia de permanência do recém-nato limitado a três dias após parto.
4. 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).
5. Referente ao código 1.01.03.02-3: a) Atendimento em sala de parto de recém-nascido a termo com peso adequado para idade gestacional, sem patologia.
6. Referente ao código 1.01.03.03-1: a) Atendimento ao recém-nascido prematuro ou que necessita de manobras de reanimação com uso de O2 sob pressão positiva e/ou entubação traqueal.
Observações 1.01.04.99-2 – Unidade de Terapia Intensiva
1. Nos portes indicados para o plantonista de UTI não estão incluídos: diálise, acesso vascular para hemodiálise, implante de marca-passo, traqueostomia. Tais procedimentos serão valorados à parte, respeitados os portes para eles previstos nesta Tabela.
2. Estão incluídos nos portes do plantonista: intubação, monitorizações clínicas com ou sem auxílio de equipamentos, desfibrilação e punção venosa central.
3. Os atos do médico assistente ou de especialistas, quando praticados por solicitação do intensivista, serão valorados considerando os atendimentos efetivamente realizados e registrados em prontuário.
Observações 1.01.06.99-5
1. Referente ao código 1.01.06.01-4: a) Entende-se por aconselhamento genético o ato médico de avaliação de cada caso e condutas cabíveis, incluindo todas as consultas, do paciente e núcleo familiar, para esclarecimento do diagnóstico e prognóstico. Nos casos pertinentes serão estabelecidos os riscos de recorrência que serão comunicados aos interessados através do Aconselhamento Genético.
2. Referente ao código 1.01.06.14-6: a) Não se refere à consulta por patologia aguda ou crônica já identificada. b) O atendimento ambulatorial em puericultura é sequencial e limitado, conforme calendário abaixo.
3. O atendimento ambulatorial em puericultura inclui as ações a serem realizadas nos atendimentos agendados em conformidade com os itens abaixo descritos:

- Avaliação do estado nutricional da criança pelos indicadores clínicos definidos pelo Ministério da Saúde;
- Avaliação da história alimentar;
- Avaliação da curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos adotados pelo Ministério da Saúde;
- Estado vacinal segundo o calendário oficial de vacinas do Ministério da Saúde;
- Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Avaliação do desempenho escolar e dos cuidados dispensados pela escola;
- Avaliação do padrão de atividades físicas diárias conforme parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde;
- Exame da capacidade visual;
- Avaliação das condições do meio ambiente conforme roteiro do Ministério da Saúde;
- Avaliação dos cuidados domiciliares dispensados à criança;
- Avaliação do desenvolvimento da sexualidade;
- Avaliação quantitativa e qualitativa do sono;
- Avaliação da função auditiva;
- Avaliação da saúde bucal.

Tabela de frequência e regularidade dos procedimentos de puericultura

Lactente 0-2 anos	Pré-escolar 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
1ª semana	24 meses	5 anos	11 anos
1 mês	30 meses	6 anos	12 anos
2 meses	36 meses	7 anos	13 anos
3 meses	42 meses	8 anos	14 anos
4 meses	48 meses	9 anos	15 anos
5 meses		10 anos	16 anos
6 meses			17 anos
9 meses			18 anos
12 meses			19 anos
15 meses			
18 meses			

Observações 2.01.99.00-7

- Referente aos códigos 2.01.03.42-5, 2.01.03.43-3 e 2.01.03.68-9:
 - O tratamento global da paralisia cerebral e retardo do desenvolvimento psicomotor inclui a Terapia Ocupacional, o Treino da Atividade da Vida Diária e a Terapia da Linguagem.
- Os portes referentes às sessões de reabilitações e terapêuticas fisiátricas são devidos apenas quando realizadas por fisiatras. No caso de paciente internado, deverá ser observado o disposto no item 6 das Instruções Gerais.

3. Referente ao código 2.01.03.30-1: Recomenda-se a infiltração (ou agulhamento seco) de até dois músculos por atendimento, pela possibilidade da desativação de pontos-gatilhos secundários por meio de acupuntura. Havendo infiltração de fármacos, recomenda-se a realização, quando necessária, de até três infiltrações em um mesmo músculo no período de seis meses. A associação do referido código com “acupuntura” (3.16.01.01-4) deverá estar de acordo com as indicações terapêuticas previstas.
4. A remuneração prevista para as sessões de quimioterapia já contempla a visita hospitalar. Aos portes destas sessões aplica-se o disposto no item 6 das Instruções Gerais, que se refere a paciente internado.
5. Os atos médicos praticados pelo anestesiológico, quando houver necessidade do concurso desse profissional, serão valorados pelo porte 1, código 3.16.02.31-2.
6. Referente aos códigos 2.01.04.38-3 e 2.01.04.39-1: a) É necessária a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.
7. A cada 10 sessões, em período não inferior a 30 dias, será realizada pelo fisiatra uma revisão, equivalente a uma consulta médica assim remunerada.
8. Os códigos 2.01.04.29-4 e 2.01.04.24-3 referem-se ao 1º dia do ciclo de tratamento e deverá ser valorado novamente para intervalos superiores a sete dias.
9. Os códigos 2.01.04.30-8 e 2.01.04.25-1 referem-se ao ciclo semanal de tratamento do 2º ao 7º dia.
Observações 2.02.01.99-0
1. Referente ao código 2.02.01.02-8: a) O acompanhamento será remunerado quando solicitado e justificado pelo cirurgião.
2. Referente aos códigos 2.02.01.01-0 e 2.02.01.07-9: a) Quando necessário acompanhamento clínico diário além dos 15 dias previstos, a valoração do ato médico corresponderá a uma visita hospitalar diária.
3. Referente ao código 2.02.01.05-2: a) É previsto cobrança de porte anestésico 3.
Observações 2.02.99.00-1
1. Referente código 3.16.02.31-2: a) Os atos médicos praticados pelo anestesiológico serão valorados pelo porte 1, quando houver necessidade da sua participação.
2. Referente aos códigos 2.02.04.15-9 e 2.02.04.16-7: a) É necessário a presença do médico durante a realização do ato. No caso de internação, não será remunerada nem a consulta nem a visita hospitalar.
Observações 3.01.99.00-0 - Queimados

1. Referente aos códigos 3.01.01.21-2, 3.01.01.22-0, 3.01.01.23-9, 3.01.01.28-0 e 3.01.01.38-7 1: a) Por Unidade Topográfica (UT) compreende-se segmento do corpo facilmente delimitável, que tem uma área aproximada de 9% de superfície corpórea. No corpo humano existe 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%). b) Face, pescoço, mão, axila, região inguinal, grandes articulações, genitais, assim como as regiões onde as lesões atingem estruturas profundas (tendões, vasos e ossos, quando isoladas), são áreas nobres, (FONTE: Projeto Diretrizes AMB), sendo considerada cada uma correspondente a duas UT. c) Para efeito de codificação, a lesão que acometa área nobre/especial associada a outro segmento corporal terá como valor final de UTs o somatório das respectivas UTs. d) O corpo humano pode apresentar número de UTs superior a 24. e) Número de auxiliares de cirurgia necessários para o tratamento: i. 01 UT - não comporta auxílio; ii. 02 a 03 UTs - um auxiliar; iii. 04 ou mais UTs - dois auxiliares.
2. Cada procedimento refere-se a um único ato cirúrgico.
3. Aos procedimentos que necessitem de revisões ou atos cirúrgicos complementares corresponderão novos portes, cada qual como um novo ato.
4. A qualquer outro tipo de intervenção de outros especialistas que eventualmente colaborarem no tratamento será atribuído porte de acordo com as classificações das respectivas especialidades.
Observações 3.02.99.00-4
1. Os procedimentos com esvaziamento ganglionar incluem ligadura de vasos e traqueostomia.
Observações 3.03.03.99-0; 3.03.04.99-7; 3.03.07.99-6; 3.03.12.99-0; 3.03.99.00-9
1. Referente ao código 3.03.0311-7: a) Procedimento indicado como tratamento adjuvante na exérese de tumor conjuntival b) Procedimento indicado como principal em tumor de conjuntiva pequeno
2. O transplante penetrante da córnea, isto é, envolvendo todas as camadas da mesma está previsto e codificado no grupo 3.15.00.00-7 (Transplante de Órgãos), assim como o procedimento de retirada da córnea para transplante.
3. Referente aos códigos 3.03.07.13-9 e 3.03.07.14-7: a) No porte atribuído já está incluída a paracentese da câmara anterior; b) Realização em ambiente estéril (Centro Cirúrgico) com internação de curta permanência não estão inclusas; c) Taxas, materiais descartáveis e medicamentos não estão inclusos.
4. Referente ao código 3.03.12.12-4: a) O procedimento “Pantofotocoagulação na Retinopatia da Prematuridade – Binocular” está indicado no estágio III da Retinopatia da Prematuridade.

Observações 3.05.02.99-3

1. Referente aos códigos 3.05.02.35-7 e 3.05.02.36-5: Indicados para as seguintes patologias:

- a) Rinossinusite frontal aguda recorrente (CID 10: J01.1);
- b) Rinossinusite frontal crônica sem polipose (CID 10: J32.1);
- c) Mucocele de seio frontal (CID 10: J34.1);
- d) Seio frontal silencioso;
- e) Barotrauma (barosinus) de seio frontal (CID 10: T70.1);
- f) Pneumo sinus dilatans de frontal.

2. Procedimentos excludentes entre si:

- a) 3.05.02.21-7 – Sinusectomia frontal com retalho osteoplástico ou via coronal;
- b) 3.05.02.22-5 – Sinusectomia fronto-etmoidal por via externa;
- c) 3.05.02.26-8 – Sinusectomia frontal intranasal;
- d) 3.05.02.27-6 – Sinusectomia frontal externa;
- e) 3.05.02.35-7 – Sinusectomia frontal intranasal por videoendoscopia

Observações 3.07.06.99-8

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

Observações 3.07.15.99-7

1. Segmento em coluna vertebral:

Refere-se a uma unidade motora de movimento, composta de duas vértebras, um disco intervertebral e estruturas capsuloligamentares e musculares.

Observações 3.07.99.00-7

1. Nos portes atribuídos aos procedimentos ortopédicos e traumatológicos já está incluída a primeira imobilização. Em se tratando de entorses, contusões e distensões musculares, a valoração do ato corresponderá à consulta acrescida da imobilização realizada.

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

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

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

5. Nos atendimentos ortopédicos e traumatológicos não tratados cirurgicamente nem submetidos a manobras incruentas, além da consulta inicial, será remunerada uma segunda consulta dentro dos primeiros 15 dias, quando efetivamente realizada.

6. Referente aos códigos, 3.07.33.00-6, 3.07.34.00-2, 3.07.35.00-9, 3.07.36.00-5, 3.07.37.00-1, 3.07.38.00-8:

- a) Nas cirurgias videoartroscópicas quando houver a necessidade de atuar em mais de uma estrutura articular, procedimentos intra- articulares poderão ser associados para conclusão do ato operatório até um limite de três por articulação. Estas associações estarão sujeitas as Instruções Gerais dessa Tabela.

b) Os procedimentos extra-articulares poderão ser associados a qualquer procedimento ou associações de procedimentos intra-articulares desta lista para conclusão em bom termo do ato médico cirúrgico (retirada e transposições tendíneas, retirada e transposições osteocondrais, osteotomias). Estes atos estarão regidos pelas Instruções Gerais desta Tabela.
7. Procedimentos que utilizem enxertia óssea em sua técnica: exclui a captura e transposição de enxertos, devem ser cobrados em código específico.
Observações 3.09.07.99-3
1. Classificação e graduação das doenças venosas com critérios Clínicos, Etiológicos, Anatômicos e Patofisiológicos (CEAP): a) Classe 0 - Não apresenta doença venosa; b) Classe 1 - Telangiectasias e/ou veias reticulares (2 a 4 mm); c) Classe 2 - Veias varicosas (> 4 mm); d) Classe 3 - Classe 2 + Edema; e) Classe 4 - Classe 3 + Pigmentação, eczema e lipodermoesclerose; f) Classe 5 - Classe 4 + Úlcera varicosa cicatrizada; g) Classe 6 - Úlcera varicosa aberta.
2. São indicados para tratamento cirúrgico os portadores de varizes de classificação clínica CEAP 2, 3, 4 e 5.
3. 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.
Observações 3.09.09.99-6
1. Referência código 3.09.09.03-1: a) O custo operacional inclui o uso do equipamento.
Observações 3.09.11.99-0 e 3.09.12.99-7
1. Referente aos grupos de códigos 3.09.11.00-1 e 3.09.12.00-8: a) As valorações correspondentes a taxa de sala, medicamentos, cateteres, contrastes, filmes e custo operacional estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu. b) 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.

2. Referente ao código 3.09.12.29-6:

O Procedimento “Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica – TAVI” está condicionado a Diretriz de Utilização Terapêutica (DUT):

- a) Presença de estenose valvar aórtica acentuada, sintomática, definida como orifício valvar aórtico com área < 1cm² (ou < 0,6 cm²/m²);
- b) Idade > 75 anos e alta probabilidade de morbidade e mortalidade cirúrgicas pela presença de comorbidades. São exemplos de tais condições clínicas: insuficiência renal; cirrose hepática; doença pulmonar crônica; múltiplas cirurgias cardíacas prévias, especialmente com enxerto de artéria mamária prévio; aorta em porcelana; hipertensão arterial pulmonar (> 60 mmHg); radioterapia torácica prévia; e fragilidade orgânica;
- c) Presença de condição anatômica e morfológica favorável para o procedimento por cateter, incluindo a avaliação pormenorizada da via de acesso e do trajeto vascular, bem como dos aspectos cardíacos de interesse para a exequibilidade do procedimento. A via de acesso adotada deve ser a menos invasiva possível e que apresente menor possibilidade de complicações. Na prática, observa-se que a via femoral é a via de escolha preferencial, quando tecnicamente factível;
- d) A contraindicação à cirurgia convencional ou a definição do alto risco cirúrgico e, conseqüentemente, a indicação do tratamento por cateter devem ser conduzidas por equipe médica multidisciplinar;
- e) Os Códigos 4.09.02.07-2 e 4.09.02.08-0 são compatíveis com o código 3.09.12.29-6, aplicando-se as regras previstas no item 4 das Instruções Gerais desta Tabela;
- f) O procedimento é realizado de forma percutânea, contudo, quando for necessário realizar acesso cirúrgico, por via femoral, subclávia, trans-aórtica ou trans-apical, deve-se observar o previsto no item 4.4 das Instruções Gerais desta Tabela;
- g) Procedimento excludente:
 - i. O código 3.09.12.24-5 não pode ser utilizado em adição ao TAVI para fins de valoração do porte dos serviços realizados pela equipe médica.

Observações 3.09.99.00-6

1. Referente aos códigos 3.09.01.00-6, 3.09.02.00-2, 3.09.03.00-9 e 3.09.05.00-1:

- a) As cirurgias cardíacas com Circulação Extra Corpórea (CEC) compõem-se do procedimento principal acrescido dos códigos 3.09.05.03-6, 3.09.13.09-8, 3.09.06.16-4 e 3.09.05.04-4 observando-se o previsto nos itens 4.1 e 4.2 das Instruções Gerais.
- b) Quando utilizado enxerto com veia, acrescentar o Porte 3C, com artéria 5A.
- c) Os procedimentos códigos 3.09.15.02-3, 3.09.12.08-3, 2.02.01.03-6, 2.02.01.04-4, 2.02.01.05-2, 3.09.07.14-4, 3.09.04.08-0, 3.08.04.11-6, 3.08.04.13-2 e 2.01.04.04-9 são considerados atos integrantes da Cirurgia Cardíaca com CEC.

Observações 3.09.18.99-5

1. Referente ao código 3.09.18.08-1:

- a) Procedimento terapêutico;
- b) Permanência hospitalar máxima de dois dias;
- c) De duas a quatro vias de acessos vasculares distintas;
- d) Vias de acessos especiais, como punção de saco pericárdico ou punção transeptal, podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade;
- e) Estudo eletrofisiológico, mapeamento de gatilhos ou substratos e mapeamento eletroanatômico 3D encerram objetivos diversos não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação e/ou que envolvem alto grau de complexidade, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou quando realizados por decisão transoperatória.

2. Procedimentos excludentes: a) Acessos vasculares periféricos; b) Acessos vasculares centrais; c) Cateterismo de câmaras cardíacas; d) Provas farmacológicas ou elétricas.
3. Referente ao código 3.09.18.07-3: a) Procedimento terapêutico; b) Permanência hospitalar de um dia; c) De duas a quatro vias de acessos distintas; d) Vias de acessos especiais como saco pericárdico ou punção transeptal podem ser incorporadas à intervenção e cobradas à parte, dada a sua alta complexidade; e) Estudo eletrofisiológico e mapeamento de gatilhos ou substratos encerram objetivos diversos não necessariamente ligados diretamente ao objetivo da ablação, podendo ser cobrados à parte, quando previamente planejados ou quando realizados por decisão transoperatória. 4. Procedimentos excludentes: a) Acessos vasculares periféricos; b) Acessos vasculares centrais; c) Cateterismo de câmaras cardíacas; d) Provas farmacológicas ou elétricas.
5. Referente ao código 3.09.18.04-9: a) Avaliação realizada em portadores de cardiodesfibrilador automático implantável por emprego de telemetria. 6. Procedimentos excludentes: a) Acessos vasculares periféricos; b) Acessos vasculares centrais; c) Cateterismo de câmaras cardíacas; d) Provas farmacológicas ou elétricas.
7. Referente ao código 3.09.18.01-4: a) Procedimento hospitalar; b) Permanência hospitalar de um dia; c) De duas a quatro vias de acessos distintas. 8. Procedimentos excludentes: a) Acessos vasculares periféricos; b) Acessos vasculares centrais; c) Cateterismo de câmaras cardíacas; d) Provas farmacológicas ou elétricas.
9. Referente ao código 3.09.18.02-2:

a) Procedimento para identificação da região responsável pela arritmia por técnica eletrofisiológica; b) Procedimento habitualmente empregado na ablação percutânea, podendo também ser empregado, eventualmente, durante procedimento de estudo eletrofisiológico.
10. Referente ao código 3.09.18.03-0: a) Procedimento de identificação da região responsável pela arritmia por meio de técnica de mapeamento em imagem 3D; b) Não dispensa o mapeamento convencional por técnica eletrofisiológica; c) Habitualmente empregada nos procedimentos de ablação percutânea.
11. Referente ao código 3.09.18.05-7: a) Técnica especial de acesso complexo para mapeamento de arritmias epicárdicas quando existe forte suspeita desta localização; b) Procedimento habitualmente empregado na ablação percutânea.
12. Referente ao código 3.09.18.06-5: a) Técnica especial de acesso complexo para mapeamento de arritmias em câmaras esquerdas; b) Procedimento habitualmente empregado na ablação percutânea.
Observações 3.11.99.00-3
1. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
Observações 3.12.01.99-7
1. Referente aos códigos 3.12.01.03-2 e 3.12.01.04-0: a) Quando orientados por Ultrassonografia (US), acrescentar US Transretal (4.09.01.33-5).
Observações 3.12.05.99-2
1. Referente ao código 3.12.05.07-0 - Cirurgia esterilizadora masculina: a) A esterilização masculina é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas. b) O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na legislação vigente e somente 60 (sessenta) dias depois da manifestação de vontade pelo paciente; c) A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, devem estar devidamente registrado em prontuários; d) O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização masculina deve estar habilitado para proceder a sua reversão.
Observações 3.12.99.00-8
1. Custos operacionais referentes a acessórios e descartáveis serão ajustados de acordo com as tabelas da Itaipu.
Observações 3.13.04.99-0
1. Referente aos códigos 3.13.04.01-0 e 3.13.04.05-2: a) A esterilização feminina deve obedecer ao disposto na legislação vigente e somente 60 dias após a manifestação da vontade pela paciente; b) A manifestação da vontade, bem como o procedimento realizado deve estar registrado em prontuário; c) O médico que se propõe a realizar o procedimento de esterilização deve estar habilitado para proceder a sua reversão.
2. Diretrizes de utilização referente ao código 3.13.04.09-5: a) Condições elegíveis à esterilização através de dispositivo intratubário:

- i. Pacientes de alto risco cirúrgico;
 - ii. Pacientes que não podem fazer uso de anestésico;
 - iii. Pacientes com histórico de gestação de alto risco;
 - iv. Pacientes cardiopatas com alto score de risco pré-operatório;
 - v. Pacientes portadoras de níveis glicêmicos permanentemente elevados e de difícil controle;
 - vi. Pacientes portadoras de hepatopatias;
 - vii. Pacientes portadoras de obesidade mórbida;
 - viii. Pacientes portadoras do vírus HIV/AIDS;
 - ix. Pacientes portadoras de doenças psiquiátricas graves.
- b) Condições não elegíveis à esterilização através de dispositivo intratubário:
- i. Pacientes grávidas ou com suspeita de gravidez;
 - ii. Pacientes com menos de seis semanas da ocorrência de um parto ou interrupção da gravidez no segundo trimestre;
 - iii. Pacientes portadoras de infecção ginecológica ativa ou recente;
 - iv. Pacientes portadoras de tumor ginecológico maligno, suspeito ou conhecido;
 - v. Pacientes que fazem uso atualmente ou nos últimos três meses de corticosteroide;
 - vi. Pacientes com incerteza de optar por um método contraceptivo definitivo;
- c) O implante de dispositivo intratubário não hormonal deve obedecer ao disposto na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1.996.
- d) Procedimentos excludentes:
- i. Implante de dispositivo intrauterino (DIU) hormonal, código 3.13.03.29-3;
 - ii. Implante de dispositivo intrauterino (DIU) não hormonal, código 3.13.03.26-9;
 - iii. Cirurgia esterilizadora feminina, código 3.13.04.01-0;
 - iv. Cirurgia esterilizadora feminina laparoscópica, código 3.13.04.05-2;
 - v. Recanalização tubária - qualquer técnica, uni ou bilateral (com microscópio ou lupa), código 3.13.04.03-6;
 - vi. Recanalização tubária laparoscópica uni ou bilateral, código 3.13.04.07-9.

Observações 3.13.09.99-2

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

Observações 3.14.02.99-2

1. Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes do procedimento 3.14.02.03-8.

Observações 3.16.02.99-1

1. Por serem excludentes, remunera-se apenas um dos portes dos procedimentos: 3.16.02.04-5, 3.16.02.05-3, 3.16.02.06-1, 3.16.02.07-0, 3.16.02.08-8, 3.16.02.09-6, 3.16.02.10-0, 3.16.02.11-8, 3.16.02.12-6, 3.16.02.13-4, 3.16.02.14-2, 3.16.02.15-0, 3.16.02.16-9, 3.16.02.17-7, 3.16.02.18-5, 3.16.02.21-5, 3.16.02.22-3.

Observações 4.01.03.99-4 – Procedimentos Eletrofisiológicos

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

2. Aplica-se o previsto no item 6 das Instruções Gerais ao procedimento código 4.01.03.18-8.
Observações 4.01.05.99-7 – Procedimentos Eletrofisiológicos Mecânicos e Funcionais
1. Os procedimentos desta seção referem-se àqueles realizados em laboratórios gerais e especializados, consultórios e, nos procedimentos específicos que assim o permitirem, através de aparelhos portáteis.
Observações 4.02.02.99-2 – Procedimentos Endoscópicos Diagnósticos e Intervencionistas
1. A consulta realizada previamente a procedimentos endoscópicos, com a finalidade de avaliação clínica e consequentemente classificação de risco do paciente, está incluída nos portes respectivos de cada procedimento. Porém, sempre que esta consulta contra-indicar o procedimento endoscópico, o médico endoscopista fará jus ao porte da consulta
2. Nos portes dos procedimentos intervencionistas já estão incluídos os respectivos exames diagnósticos. Contudo, quando realizados dois ou mais procedimentos intervencionistas, a valoração destes atos obedecerá ao item 4.1 das Instruções Gerais, desde que não haja um código específico para o conjunto.
3. Os procedimentos realizados por videoendoscopia não terão acréscimos em seus portes. Os portes e custos operacionais dos procedimentos endoscópicos dependentes de RX não incluem os portes e custos operacionais da Radiologia
4. Os custos operacionais de Endoscopia Digestiva, não incluem os produtos médicos de uso único, os produtos médicos reutilizáveis e medicamentos, que deverão ser ressarcidos tomando-se como base as listagens de preços vigentes no mercado. Os custos operacionais referentes às Ecoendoscopias e Enteroscopias estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
5. Para pacientes internados, os portes dos procedimentos endoscópicos intervencionistas obedecerão ao previsto no item 6 das Instruções Gerais; este adicional contudo, não se aplica ao custo operacional. Os atendimentos de urgência e emergência obedecerão ao disposto no item 2 das Instruções Gerais.
6. Nos procedimentos endoscópicos, onde há o concurso de endoscopista auxiliar, este será remunerado com o correspondente a 30% do honorário estabelecido para o endoscopista principal (item 5 das Instruções Gerais).
7. Quando houver a necessidade do concurso do anesthesiologista nos atos médicos endoscópicos diagnósticos, a valoração do ato anestésico corresponderá ao porte 2, código 3.16.02.23-1; quando se tratar de ato endoscópico intervencionista, a valoração anestésica corresponderá ao porte 3, código 3.16.02.24-0.
Observações 4.03.04.99-0 – Medicina Laboratorial – Hematologia
1. Referente aos códigos 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: a) Para esclarecimento diagnóstico definitivo, poderá ser necessária a realização de marcadores adicionais, segundo o código 4.03.04.08-6, para cada marcador excedente.
Observações 4.04.99.00-6 – Medicina Transfusional
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.
2. Os custos decorrentes da transfusão são referentes ao processamento, portes e procedimentos realizados.
3. 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 e pesquisas de anticorpos irregulares na unidade

coletada.
4. Faz parte do processamento o fracionamento do sangue em componentes hemoterápicos.
5. Foi acrescido ao processamento o valor da taxa de bolsa plástica utilizada por hemocomponente assim como os materiais descartáveis para aplicação.
6. Por procedimento entendem-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.
7. 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.
8. Nas exsanguíneo-transfusões, transfusões fetais intrauterinas, 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 do transplante de medula óssea, bem como consulta hemoterápica quando solicitada: serão atribuídos a estes atos médicos os portes previstos nesta Tabela.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
Observações 4.06.99.00-5 – Anatomia Patológica e Citopatologia
1. Referente ao código 4.06.01.01-3: - Restringe-se ao exame feito durante o ato cirúrgico, não incluindo o exame dos espécimes retirados no procedimento e enviados ao laboratório para exame em cortes de parafina. - Este será valorado de acordo com os itens pertinentes da Tabela. - Os “imprints” peroperatórios realizados terão seus portes estabelecidos pelo código 4.06.01.11-0.
2. Referente ao código 4.06.01.03-0: - Usado para exames peroperatórios quando o patologista tiver que se deslocar de seu laboratório externo ao hospital. - O exame do primeiro espécime utiliza este porte, enquanto os adicionais, quando existirem, terão portes individuais, utilizando o código 4.06.01.02-1. - Não estão incluídos os procedimentos posteriores realizados em cortes de parafina.
3. Referente ao código 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. Referente aos códigos 4.06.01.07-2; 4.06.01.08-0; 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2: a) O porte se refere apenas ao ato de coleta. b) 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. c) Os códigos 4.06.01.09-9 e 4.06.01.10-2 são usados somente para a primeira região puncionada, devendo as demais seguir os códigos 4.06.01.07-2 ou 4.06.01.08-0. d) A análise do material obtido terá seu porte fixado conforme código 4.06.01.11-0 e 4.06.01.25-0.
5. Referente ao código 4.06.01.11-0: a) Amostra única de tecido de órgão/lesão com finalidade diagnóstica, acondicionada isoladamente (exige a confecção de um a três blocos histológicos). b) Cada “cell block” advindo de PAAF ou de líquidos de qualquer natureza e “imprints”. c) Biópsias de áreas distintas designadas separadamente implicam em portes separados. d) Múltiplos frascos enviados separadamente são remunerados neste código para cada frasco processado, independente de discriminação das amostras. e) Múltiplos fragmentos colocados em um mesmo frasco, mas que tenham sido obtidos de regiões topográficas ou de lesões diferentes serão remuneradas de acordo com o código 4.06.01.11-0. f) O valor final do exame será obtido pelo valor do código multiplicado pelo número de regiões topográficas ou lesões identificadas pelo procedimento anatomopatológico, referidas na requisição médica ou informadas pelo paciente ou seu responsável.
6. Referente ao código 4.06.01.15-3: a) 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). b) Este código também é utilizado para remunerar recortes histológicos seriados, além de procedimento diagnóstico em cortes semifinos, sem utilização da microscopia eletrônica.
7. Referente ao código 4.06.01.19-6: a) Fragmentos colhidos de mesma região topográfica de um mesmo órgão, não discriminados e colocados em um mesmo frasco que exigem a confecção de três ou mais blocos histológicos. b) Este código remunera cada frasco contendo as múltiplas amostras do mesmo órgão ou topografia.
8. Referente ao código 4.06.01.20-0: a) Peças cirúrgicas ou anatômicas simples são espécimes resultantes de intervenções de pequeno porte com finalidade excisional, não fragmentadas. b) Incluem as exéreses de cistos, ressecções cutâneas ou retalhos cutâneos, pólipos, linfonodo isolado, peça de histerectomia simples (corpo e colo de útero são remunerados separadamente), 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. c) Esse procedimento geralmente exige a confecção de três a seis blocos histológicos. d) Uma peça cirúrgica fracionada em frascos diferentes será remunerada de acordo com o número de frascos enviados para exame.

e) Nódulos tumorais múltiplos são remunerados de acordo com o número de espécimes enviados, independente de serem colocados em um mesmo frasco.
9. Referente ao código 4.06.01.21-8: a) Peças cirúrgicas ou anatômicas complexas são espécimes resultantes de intervenções de médio e grande porte com finalidade diagnóstica/terapêutica incluindo-se avaliação prognóstica através de estadiamento. b) Esse procedimento geralmente exige a confecção de sete ou mais blocos histológicos. c) São exemplos os produtos de 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, lobectomia, prostatectomia, quadrantectomia mamária, retossigmoidectomia, segmento ósseo com neoplasia maligna, sigmoidectomia, tireoidectomia, vulvectomia. d) Também estão incluídas as ressecções cutâneas ampliadas para melanoma ou para tumores cutâneos com mais de 3 cm, as ressecções de tumores volumosos maiores de 7 cm, ressecções de órgãos parenquimatosos, como segmentos pulmonares, hepáticos, renais, prostáticos; disco placentário. Em caso de gemelares, cada placenta é remunerada de forma independente.
10. Referente ao código 4.06.01.22-6: a) 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: i. Estruturas vizinhas – ligamentos, cordões, ductos, segmentos e musculatura esquelética, epíplon, mesentério, etc, sendo cada estrutura remunerada de forma independente; ii. Margens cirúrgicas (por margem) e cadeias linfonodais (por grupo de até seis linfonodos) de uma peça anatômica simples ou complexa; iii. Cordão umbilical e membranas de uma placenta. b) 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. c) Cada procedimento deste código geralmente exige a confecção de um a três blocos histológicos.
11. Referente ao código 4.06.01.25-0: a) As lâminas de esfregaços de PAAF de diferentes regiões terão seus portes e UCO fixados separadamente (independente de ser de mesmo órgão ou de órgãos diferentes). b) Da mesma região utiliza-se o porte e a UCO deste código para cada cinco lâminas.
Observações 4.07.01.99-9, 4.07.08.99-3 e 4.07.99.00-0 – Medicina Nuclear
1. O procedimento 4.07.01.14-0 não inclui teste ergométrico convencional nem computadorizado, que deve ser remunerado à parte, considerando para o cálculo os códigos 4.01.01.04-5 ou 4.01.01.03-7, desde que realizado por médico.
2. Referente ao código 4.07.08.12-8:
3. Quando associado à Tomografia Computadorizada (TC), será acrescido o código 4.10.01.22-2 (TC para PET dedicado oncológico).
4. Na Tabela estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.
5. Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.

6. Estes valores devem ser remunerados para exames com documentação ou filme de cada um e de todos os órgãos examinados.
7. Os radioisótopos e os respectivos fármacos específicos para cada exame serão reembolsados separadamente de acordo com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
8. Medicamentos, equipos, sondas, cateteres, guias e material de assepsia estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
9. Tratamento de câncer de tireoide: as doses podem variar de 80 até 400 Mci.
10. Quando necessário procedimento sob assistência de anestesiista, a este será atribuído porte 2, código 3.16.02.32-0.
Observações 4.08.12.99-5 e 4.08.99.00-4 - Métodos Diagnósticos e Intervencionistas por Imagem (Radiografia)
1. Os atos médicos praticados pelo anestesiologista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte três, código 3.16.02.25-8.
2. Na Tabela estão incluídos os custos operacionais e os portes correspondentes aos atos médicos.
3. Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
4. Estes valores devem ser remunerados para exames com documentação ou filme de cada um e de todos os órgãos examinados.
5. Medicamentos, equipamentos, sondas, cateteres, guias, contrastes e material de assepsia estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
6. Exames angiográficos e intervencionistas terão seus portes fixados independentemente de taxas de sala.
7. Eventuais adequações de portes devem ter aprovação prévia da Itaipu.
ANGIOMEDULAR
8. Previstos para seus portes a inclusão no máximo de quatro vasos para angiomedular cervical, seis vasos para angiomedular torácica e seis vasos para angiomedular toraco-lombar.
9. Os procedimentos de Radiologia intervencionista serão valorados por vaso tratado, por número de cavidades drenadas e por número de corpos estranhos retirados.
10. Em cada exame medular para tumores fica incluído somente um segmento.
11. Em exame medular de malformação incluem-se no máximo dois segmentos.
12. Angiografias por cateter (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 no máximo três vasos.
13. Quando realizado angiografia diagnóstica e/ou radiologia intervencionista sucessivas, para fins de valoração dos atos médicos praticados, deve ser observado o disposto no item 4 das Instruções Gerais.
14. 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 Tabela, 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.
Observações 4.09.02.99-4 e 4.09.99.00-9 – Ultrassonografia Diagnóstica e Intervencionista
1. Referente aos códigos 4.09.02.03-0 e 4.09.02.04-8: a) Já incluem o código 4.09.01.33-5.

2. Referente ao código 4.09.02.13-7:
a) A Monitorização por Doppler transcraniano complementa o exame de Doppler transcraniano para as doenças com CID 163.0 a 168.8, com indicação de monitorização, reserva hemodinâmica ou pesquisa de embolia paradoxal.
b) Para cada 30 minutos de monitorização deverá ser considerada uma unidade deste código, com o máximo de 4 unidades.
3. Os valores dos contrastes estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
4. Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
5. Estes valores devem ser remunerados para exames com documentação ou filme de cada um e de todos os órgãos examinados.
6. Procedimentos intervencionistas orientados por ultrassom acrescem portes e normas do código 4.08.13.00-2.
7. Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 3.16.02.26-6.
8. 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 Tabela, e em 70% o valor do custo de cada um dos demais exames realizados.
9. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.
10. Os procedimentos 4.09.01.33-5 e 4.09.01.17-3 não são remunerados concomitantemente. Este critério se aplica também aos procedimentos 4.09.01.30-0 e 4.09.01.18-1.
Observações 4.10.99.00-1 – Tomografia Computadorizada (TC) Diagnóstica e Intervencionista
1. Os valores dos contrastes estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
2. Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
3. Estes valores devem ser remunerados para exames com documentação ou filme de cada um e de todos os órgãos examinados.
4. Tomografia computadorizada com procedimento intervencionista acresce portes e normas do item 4.08.13.00-2.
5. 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 Tabela, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados.
6. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme radiológico, que deverão ser remunerados integralmente.
7. Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 2, código 3.16.02.27-4.
8. TC volumetria de qualquer órgão ou estrutura remunera-se o exame de base mais a reconstrução tridimensional, código 4.10.02.20-6.
9. O código 4.10.01.21-4 deve ser usado para exame de qualquer órgão ou estrutura e sua remuneração deve incluir o exame de base. Por exemplo: colonoscopia virtual corresponde aos códigos 4.10.01.09-5 + 4.10.01.21-4.
10. Artro-TC ou Cisternografia deve remunerar o exame de base mais a punção para introdução de contraste, código 4.10.02.04-0.
Observações 4.11.99.00-6 – Ressonância Magnética Diagnóstica e Intervencionista
1. Os valores dos contrastes estão definidos pelas tabelas referenciais do plano de saúde da Itaipu.
2. Para cada exame está previsto um consumo de filmes radiográficos ou documentação com valores definidos pelas tabelas referenciais do plano de

saúde da Itaipu.
3. Estes valores devem ser remunerados para exames com documentação ou filme de cada um e de todos os órgãos examinados.
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 Tabela, e em 70% do valor do custo de cada um dos demais exames realizados.
5. Este critério não se aplica aos portes dos procedimentos nem ao valor do filme ou documentação, que deverão ser remunerados integralmente.
6. Estudo dinâmico por RM: acrescentar 50% ao valor do exame de base
7. Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 3.16.02.28-2.
Observações 4.12.03.99-2 e 4.12.99.99-0 – Radioterapia e Braquiterapia
1. Nos portes e custos operacionais dos procedimentos 4.12.03.02-0, 4.12.03.03-8, 4.12.03.04-6, 4.12.03.05-4, 4.12.03.06-2, 4.12.03.13-5, 4.12.03.14-3, acrescentar 20% quando associados à Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).
2. Serão valorados separadamente: a) Fontes radioativas; b) Exames de imagem (Radiografia, Ultrassonografia, Fluoroscopia, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética Nuclear); c) Cistoscopia.
3. O número de aplicações deve obedecer à normatização do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
4. Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 3, código 3.16.02.29-0.
5. Referente ao código 4.12.03.01-1: a) Indicações CID 10: C69, H11.0, L91.0 b) Procedimentos secundários: Planejamento simples
6. Referente aos códigos 4.12.03.02-0, 4.12.03.03-8 e 4.12.03.04-6: a) Indicações CID 10: C11, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C79.3, D43.0, D43.1, Q28.1, Q28.2. b) Procedimentos Secundários: i. Implantação de halo para radiocirurgia; ii. Anestesia; iii. Simulação intermediária ou complexa. c) Estão inclusos no procedimento principal: i. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual.
7. Referente ao código 4.12.03.05-4: a) Indicações CID 10: C00 a C16, C20 a C25, C30 a C39, C40, C41, C48 a C57, C61, C67, C69 a C83, C85, D05;

b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa; ii. Anestesia. c) Estão inclusos no procedimento principal: v. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; vi. Imobilizadores (da área a ser tratada); vii. Filmes de verificação; viii. Colimação individual.
8. Referente ao código 4.12.03.06-2: a) Indicações: CID 10: C00 a C16, C20 a C25, C30 a C39, C40, C41, C48 a C57, C61, C67, C69 a C83, C85, D05. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa. ii. Anestesia. c) Estão inclusos no procedimento principal: i. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual.
9. Referente ao código 4.12.03.07-0: a) Indicações CID 10: C00 a C54, C56 a C57, C60 a C75, C77 a C79, C81 a C85, C90 a C92, C96, C97, B07, B35.1, D05, D07.4, D10.6, D11, D16.4, D16.5, D18, D32, D33, D35, D37 a D44, D44.3, D44.4, D47, D48, D48.0, D48.1, E05.0, G35, G50.0, H05.1, H53.3, I25.1, L91.0, M15 a M19, M32.1, M35.0, M61, M65, M70, M75.2, M75.3, M75.5, M76, M77, M85.5, N48.0, N48.6, N62. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação simples, intermediária ou complexa; ii. Planejamento simples ou computadorizado; iii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iv. Filmes de verificação; v. Colimação individual; vi. Anestesia.
10. Referente ao código 4.12.03.08-9: a) Indicações CID 10: C00 a C54, C56 a C57, C60 a C75, C77 a C79, C81 a C85, C90 a C92, C96, C97, D05, D07.4, D10.6, D11, D16.4, D16.5, D18, D32, D33, D35, D37 a D44, D44.3, D44.4, D47, D48, D48.0, E05.0, G35, G50.0, H05.1, H53.3, I25.1, M15 a M19, M32.1, M35.0, M61, M65, M70, M75.2, M75.3, M75.5, M76, M77, M85.5, N48.6, N62. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação simples, intermediária ou complexa;

ii. Planejamento simples ou computadorizado; iii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iv. Filmes de verificação; v. Colimação individual; vi. Anestesia.
11. Referente ao código 4.12.03.09-7: a) Indicações CID 10: C00 a C54, C56 a C57, C60 a C75, C77 a C79, C81 a C85, C90 a C92, C96, C97, D05, D07.4, D10.6, D11, D16.4, D16.5, D18, D32, D33, D35, D37 a D44, D44.3, D44.4, D47, D48, D48.0, E05.0, G35, G50.0, H05.1, H53.3, I25.1, M15 a M19, M32.1, M35.0, M61, M65, M70, M75.2, M75.3, M75.5, M76, M77, M85.5, N48.6, N62. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação simples, intermediária ou complexa; ii. Planejamento simples ou computadorizado; iii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iv. Filmes de verificação; v. Colimação individual; vi. Anestesia.
12. Referente ao código 4.12.03.10-0: a) Indicações CID 10: C81 a C96, D46, D61.0, D61.2, D61.3. b) Procedimentos Secundários: i. Planejamento computadorizado; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual; v. Anestesia.
13. Referente ao código 4.12.03.11-9: a) Indicações CID 10: C79.5, C90.0. b) Procedimentos Secundários: i. Planejamento computadorizado; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual; v. Anestesia.
14. Referente ao código 4.12.03.12-7: a) Indicações CID 10: C46, C84.0. b) Procedimentos Secundários:

i. Planejamento computadorizado; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual; v. Anestesia.
15. Referente ao código 4.12.03.13-5 e 4.12.03.14-3: a) Indicações CID 10: C11, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C79.3, D43.0, D43.1, Q28.1, Q28.2. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa; ii. Anestesia. c) Estão inclusos no procedimento principal: i. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; ii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iii. Filmes de verificação; iv. Colimação individual.
16. Referente ao código 4.12.03.15-1: a) Indicações CID 10: C43, C44, C50, C79.2, B07, B35.1, D07.4, L91.0, M15 a M19, M35.0, M65, M70, M75.2, M75.3, M75.5, M76, M77, N48.6. b) Procedimentos Secundários: Planejamento simples.
17. Referente ao código 4.12.03.16-0: a) Indicações CID 10: C16, C18 a C26, C48 a C55, C76 a C78. b) Os procedimentos secundários estão incluídos no valor do procedimento principal.
18. Referente aos códigos 4.12.03.17-8, 4.12.03.18-6 e 4.12.03.19-4: a) Indicações CID 10: C15, C33, C34, C53, C54, C61, C67. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação simples, intermediária ou complexa; ii. Planejamento simples, computadorizado ou computadorizado tridimensional; iii. Imobilizadores (da área a ser tratada); iv. Filmes de verificação; v. Colimação individual; vi. Anestesia.
19. Referente ao código 4.12.05.01-4: a) Indicações CID 10: C15, C33 a C34. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa; ii. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional;

iii. Anestesia.
20. Referente ao código 4.12.05.02-2: a) Indicações CID 10: C15, C33 a C34. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação intermediária ou complexa; iii. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; iv. Anestesia.
21. Referente ao código 4.12.05.03-0: a) Indicações CID 10: C00 a C14, C20, C21, C44, C49, C50, C51, C52, C57.3, C57.9, C60, C61. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa; ii. Colocação e retirada dos cateteres; iii. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; iv. Anestesia.
22. Referente ao código 4.12.05.04-9: a) Indicações CID 10: C00 a C06, C44, C49, C50, C51, C52, C57.3, C57.9, C60, C61. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; v. Anestesia.
23. Referente ao código 4.12.05.05-7: a) Indicações CID 10: C61. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; v. Anestesia
24. Referente ao código 4.12.05.06-5: a) Indicações CID 10: C00 a C06, C44, C49, C50, C51, C52, C57.3, C57.9, C60, C61. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica);

ii. Simulação intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; v. Anestesia.
25. Referente ao código 4.12.05.07-3: a) Indicações CID 10: C11, C52 a C55. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação intermediária ou complexa; ii. Colocação e retirada dos cateteres; iii. Planejamento computadorizado ou computadorizado tridimensional; iv. Anestesia.
26. Referente ao código 4.12.05.08-1: a) Indicações CID 10: C11, C52 a C55. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizada tridimensional; v. Anestesia.
27. Referente ao código 4.12.05.09-0: a) Indicações CID 10: C63.2, C69.3. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Colocação e retirada da placa; iii. Planejamento computadorizado ou computadorizada tridimensional; iv. Filmes de verificação; v. Anestesia.
28. Referente ao código 4.12.05.10-3: a) Indicações CID 10: C44, C50, C60. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação simples, intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizada tridimensional; v. Anestesia

29. Referente ao código 4.12.05.11-1: a) Indicações CID 10: C44, C50, C60. b) Procedimentos Secundários: i. Internação (proteção radiológica); ii. Simulação simples, intermediária ou complexa; iii. Colocação e retirada dos cateteres; iv. Planejamento computadorizado ou computadorizada tridimensional; v. Anestesia.
30. Referente ao código 4.12.05.12-0: a) Indicações CID 10: C00 a C14, C44, C50, C60. b) Procedimentos Secundários: i. Simulação simples, intermediária ou complexa; ii. Colocação e retirada dos cateteres; iii. Planejamento computadorizado ou computadorizada tridimensional; iv. Anestesia.
Observações 4.13.01.99-4, 4.14.01.99-9 e 4.15.01.99-3
1. Quando um procedimento oftalmológico monocular for realizado bilateralmente, remunera-se o custo operacional em 100% do valor previsto nesta Tabela para um lado, e em 70% para o outro. Este critério não se aplica aos portes do procedimento que deverão ser remunerados integralmente.
2. Os atos médicos praticados pelo anestesiológista, quando houver necessidade do concurso deste especialista, serão valorados pelo porte 1, código 3.16.02.30-4.
3. Extratos alergênicos, quando utilizados em teste cutâneo-alérgicos e de contato, devem ser valorados separadamente.
Tabela de incidência dos procedimentos de radioterapia

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA / TUMOR	CID -10	RT CONV.
Ânus e canal anal	C21	105
Bexiga	C67	140
Colo Uterino	C53	156
Corpo Uterino	C54	156
D.Hodgkin (anel Waldayer)	C81	40
D.Hodgkin (supra-diafragmática)	C81	80
D.Hodgkin (infra-diafragmática)	C81	80
Esôfago	C15	120
Estômago	C16	100
Hipófise	C75	90
Lábio (com cadeias = 120)	C00	80
Laringe (com cadeias = 120)	C32	80
Leucemia (meningite leucêmica)	C95	70
Leucemia (profilaxia SNC)	C95	30
Leucemia mielóide (sarcoma granulocítico)	C92.3	30
Linfoma não de Hodgkin (por localização)	C85	50
Mama	C50	120
Meduloblastoma/Ependimoma/Pineal	C71	120
Mieloma Múltiplo (por localização)	C90	40
MTS linfática (por localização)	C77	60
MTS ósseas (por localização)	C79.5	40
MTS retro ocular	C69.6	40
Nasofaringe	C11	120
Osso (tumor primário)	C40	100
Ovário	C56	100
Pâncreas	C25	100
Parótida	C07	105
Partes moles (tumor primário)	C49	75
Pele (por lesão)	C43-C44	30
Pele (por lesão) com cadeias	C43-C44	60
Pênis (com cadeias)	C60	120
Plasmocitoma	C90	50
Próstata	C61	156
Pulmão	C34	100
Retinoblastoma	C69.2	50
Reto (pré op = 112 / pós op =124)	C20	133
Retro-peritônio (sarcoma ou MTS)	C49 C77	100
Rim/Ureter/Suprarenal	C64	60
Sarcoma Kaposi (por localização) se mucosa = 80	C46	40
Seios da face	C31	95
Sítios CP	C01-14	120
SNC (tumor primário)	C72	70
Testículo	C62	75
Timo	C37	90
Tireóide	C73	70
Tumores Pediátricos (sarcomas)	C49	100
Vagina	C52	156
Vulva	C51	105
Vesícula e vias biliares	C23-24	100

INSTRUÇÕES GERAIS DA TABELA 0022 DE HONORÁRIOS E PROCEDIMENTOS DA ÁREA MÉDICA DA ITAIPU - PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS

1. REGRAS GERAIS

- 1.1. Os procedimentos terapêuticos são cobertos de acordo com as normas apresentadas nestas Instruções Gerais.
- 1.2. Não estão cobertos procedimentos realizados por profissionais que tenham grau de parentesco imediato com o beneficiário - pai, mãe, irmã(o), filho(a) - ou que sejam cônjuges dos beneficiários.
- 1.3. Os honorários são remunerados conforme a valoração atribuída a cada procedimento constante na tabela acordada entre o prestador e a operadora de plano de saúde da Itaipu.
- 1.4. Em nenhuma situação haverá acréscimo de valores aos honorários acordados, nem mesmo nos casos de internação hospitalar.
- 1.5. Todos os atendimentos devem ser registrados pelos profissionais executantes em formulários próprios e prontuários ou fichas de acompanhamento do paciente.
- 1.6. O Plano de Saúde da Itaipu poderá solicitar, a qualquer momento, relatórios e justificativas técnicas para os tratamentos executados em seus beneficiários.
- 1.7. Os atendimentos contratados de acordo com esta Tabela de Procedimentos serão realizados em locais, dias e horários preestabelecidos.

2. PSICOLOGIA

- 2.1. Está coberta uma consulta de psicologia por beneficiário, por CID.
- 2.2. A remuneração da consulta está condicionada ao relatório de planejamento do tratamento.
- 2.3. Estão cobertas oito sessões individuais de psicologia ambulatorial por mês.
- 2.4. As sessões de terapia familiar e em grupo ambulatoriais são remuneradas uma vez por mês.
- 2.5. As avaliações psicológicas hospitalares devem ser solicitadas pelo médico responsável pelo internamento do beneficiário.
 - 2.5.1. Aos beneficiários internados em Unidade de Terapia Intensiva será remunerada uma avaliação psicológica inicial e sessões de acompanhamento a cada quatro dias.
 - 2.5.2. Em internamentos na unidade clínica de internação (apartamento), será remunerada uma avaliação psicológica inicial e sessões de acompanhamento a cada sete dias.
- 2.6. Não está coberta mais de uma sessão ou avaliação por dia para o mesmo beneficiário.

3. TERAPIA OCUPACIONAL

- 3.1. Está coberta uma consulta de terapia ocupacional por beneficiário, por CID.
- 3.2. A remuneração da consulta está condicionada ao relatório de planejamento do tratamento.
- 3.3. Estão cobertas oito sessões individuais de terapia ocupacional ambulatorial por mês.
- 3.4. As sessões de terapia ocupacional hospitalar devem ser solicitadas pelo médico responsável pelo internamento do beneficiário.
 - 3.4.1. Aos beneficiários internados em Unidade de Terapia Intensiva será remunerada uma avaliação inicial e sessões de acompanhamento a cada quatro dias.
 - 3.4.2. Em internamentos na unidade clínica de internação (apartamento), será remunerada uma avaliação inicial e sessões de acompanhamento a cada sete dias.
- 3.5. Não está coberta mais de uma sessão ou avaliação por dia para o mesmo beneficiário.

4. NUTRIÇÃO

- 4.1. Está coberta uma consulta ambulatorial de nutrição por mês por beneficiário.
- 4.2. A remuneração da consulta está condicionada ao relatório de planejamento do tratamento.

4.3. As avaliações de nutrição hospitalar devem ser solicitadas pelo médico responsável pelo internamento do beneficiário.

4.3.1. Aos beneficiários internados em Unidade de Terapia Intensiva será remunerada uma avaliação inicial e visitas de acompanhamento a cada três dias.

4.3.2. Em internamentos na unidade clínica de internação (apartamento), será remunerada uma avaliação inicial e visitas de acompanhamento a cada cinco dias.

4.4. Não está coberta mais de uma avaliação por dia para o mesmo beneficiário.

5. FONOAUDIOLOGIA

5.1. Está coberta uma consulta de fonoaudiologia ambulatorial por beneficiário, por CID.

5.2. A remuneração da consulta está condicionada ao relatório de planejamento do tratamento.

5.3. Estão cobertas oito sessões de fonoaudiologia individual ambulatorial por mês.

5.4. As sessões de orientação aos pais são remuneradas uma vez por mês.

5.5. As sessões de fonoaudiologia hospitalar devem ser solicitadas pelo médico responsável pelo internamento do beneficiário.

5.5.1. Nestes casos são remuneradas uma avaliação inicial e uma sessão de acompanhamento por dia.

5.6. Não está coberta mais de uma sessão ou avaliação por dia para o mesmo beneficiário.

6. FISIOTERAPIA

6.1. Está coberta uma consulta de fisioterapia ambulatorial por beneficiário, por CID e por tratamento fisioterapêutico instituído, no código **50000144**. A remuneração da consulta está condicionada ao relatório de planejamento do tratamento, onde deve constar:

- a) Diagnóstico clínico fisioterapêutico da Patologia e seu grupo CID;
- b) Técnicas instituídas no planejamento do tratamento;
- c) Tempo médio esperado para resolução da patologia apresentada;

6.2. Para os profissionais Fisioterapeutas, somente serão liberados e pagos os procedimentos constante no Capítulo 5 da Tabela TUSS da Itaipu.

6.3. O fisioterapeuta tem autonomia para escolher a técnica de reabilitação utilizada no tratamento. Independente da técnica utilizada, o código deverá constar na Tabela de Reabilitação do Plano de Saúde da ITAIPU.

6.4. O CID (quadro 23 da Guia SADT) será sempre o primeiro elemento a ser observado para avaliar o diagnóstico clínico da doença.

6.5. O quadro 24 da Guia SADT, é o espaço que o profissional médico informa resumidamente a clínica apresentada pela patologia, e deverá ter correlação com os CIDs apresentados.

6.6. O código do procedimento deve constar no quadro 26 ou 27 da Guia SADT.

6.7. Para cobrança das sessões de fisioterapia devem ser seguidas as seguintes regras:

- a) As patologias da coluna, as radiculopatias, as afecções osteomioarticulares de membros e tronco são atendidas pelo código **50000160** (Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo esquelético). Este código deve ser utilizado uma vez por sessão, independente do número de seguimentos corporais que será trabalhado em cada sessão.
- b) Os códigos **50000446** (Reeducação Postural Global), **50010034** (Osteopatia) e **50000160** (Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema músculo esquelético) são **excluentes entre si** para fins de remuneração.
- c) Os códigos **50000446** (Reeducação Postural Global), **50010034** (Osteopatia), **50000837** (Hidroterapia Individual) e **50000845** (Hidroterapia em Grupo) são **excluentes entre si** para fins de remuneração.

- d) O código **50000233** (Atendimento fisioterapêutico ambulatorial para alterações inflamatórias e/ou degenerativas do aparelho genito-urinário e reprodutor e/ou proctológico) tem cobertura assegurada de duas sessões por semana.
- e) Os códigos **50000837** (Hidroterapia Individual) e **50000845** (Hidroterapia em Grupo) tem cobertura assegurada de duas sessões por semana e vinte sessões ao ano. Casos de doenças neurológicas e pós-operatório de cirurgias ortopédicas podem solicitar avaliação médica do plano de saúde para estender o número de sessões para quarenta e oito sessões ao ano.
- f) O código **50000446** (Reeducação Postural Global) tem cobertura assegurada de uma sessão por semana.
- g) O código **50000209** (Atendimento fisioterapêutico ambulatorial ao paciente com disfunção decorrente de alterações do sistema linfático e/ou vascular periférico) necessita de **liberação prévia** e segue normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para liberação. Este código tem cobertura assegurada de vinte sessões por beneficiário por CID.
- h) Não está coberta mais de uma sessão de fisioterapia ambulatorial por beneficiário por dia. Caso no pedido médico haja orientação para realização de fisioterapia específica **mais de uma vez ao dia**, esta guia deverá ser **autorizada previamente** pela Itaipu, perante justificativa técnica médica plausível.
- i) O pagamento das guias SADT está condicionado à assinatura do beneficiário em campo que contenha as datas de realização das sessões.
- j) As avaliações de fisioterapia hospitalar devem ser solicitadas pelo médico responsável pelo internamento do beneficiário.
- k) Aos beneficiários internados em Unidade de Terapia Intensiva será remunerada uma avaliação inicial e sessões diárias conforme solicitação do intensivista.
- l) Em internamentos na unidade clínica de internação (apartamento), será remunerada uma avaliação inicial e uma sessão por dia.
- m) Nos casos de internamento pode ser cobradas concomitantemente uma sessão de fisioterapia motora e uma sessão de fisioterapia respiratória por dia, independente da unidade de internação.
- n) Não estão cobertos os códigos **40105016** (Determinação das Pressões Respiratórias Máximas), **40105059** (Medida de Fluxo Expiratório) nem o código **41401514** (Oximetria não invasiva), por serem procedimentos médicos.
- o) Por se tratar de procedimento estético, não está coberta fisioterapia para ganho muscular.