



**ELABORAÇÃO VALOR
REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
Cirurgia Vascular
Angioplastia**

NOVEMBRO/2009



**REVISÃO E
ATUALIZAÇÃO DO
VALOR REFERENCIAL:
CIRURGIA VASCULAR
ANGIOPLASTIA**

NOVEMBRO DE 2009

GOVERNADOR DO ESTADO
JAQUES WAGNER

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
MANOEL VITÓRIO DA SILVA FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

COORDENAÇÃO MÉDICA

COORDENAÇÃO
Dr. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

Dr. MARCOS SILVA ARAÚJO
AUDITOR MÉDICO

Dra. LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

Dra. LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA
NANCY ANDRADE NONATO QUEIROZ

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento Cirurgia Vascular - Angioplastia. 1ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2009.

48p.

1. Elaboração do Valor Referencial: Cirurgia Vascular - Angioplastia. PLANSERV.

Índice

1. Apresentação	04
2. Objetivo	04
3. Justificativa	04
4. Material	05
5. Método.....	05
6. Critérios de Acesso	05
7. Critérios de Habilitação dos Prestadores	06
8. Controle e Auditoria	06
9. Orientações e Aspectos Comuns a todos os Procedimentos	06
10. Composição do Valor Referencial	14
10.1 Angioplastia Transluminal Percutânea de Carótidas e Vertebrais	14
10.2 Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior com Stent	16
10.3 Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior sem Stent	18
10.4 Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior com Stent (Lesões Múltiplas)	20
10.5 Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior sem Stent (Lesões Múltiplas)	22
10.6 Angioplastia Transluminal Percutânea de Artéria Renal	24
10.7 Angioplastia Transluminal Percutânea de Artéria Mesentérica ou Tronco Celíaco	26
10.8 Angioplastia Transluminal Percutânea de Múltiplos Vasos Viscerais	28
10.9 Arteriografia Carótidas e Vertebrais Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Carótidas e Vertebrais	30
10.10 Arteriografia Unilateral ou Bilateral Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior com Stent	32
10.11 Arteriografia Unilateral ou Bilateral Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior sem Stent	34
10.12 Arteriografia Unilateral ou Bilateral Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior com Stent (Lesões Múltiplas)	36
10.13 Arteriografia Unilateral ou Bilateral Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Membro Superior ou Inferior sem Stent (Lesões Múltiplas)	38
10.14 Arteriografia Renal Bilateral Seguida De Angioplastia Transluminal Percutânea de Artéria Renal	40
10.15 Arteriografia de Múltiplos Vasos Viscerais Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Artéria Mesentérica ou Tronco Celíaco	42
10.16 Arteriografia de Múltiplos Vasos Viscerais Seguida de Angioplastia Transluminal Percutânea de Múltiplos Vasos Viscerais	44
11. Quadro Geral dos Valores Referenciais	46

VALOR REFERENCIAL EM ANGIOPLASTIA DE VASOS PERIFÉRICOS E VISCERAIS

1. APRESENTAÇÃO

A angioplastia de vaso periférico e viscerais tem recebido maior atenção no tratamento do paciente com doença arterial oclusiva aterosclerótica. Mesmo apresentando índices de perviidade a longo prazo inferiores aos procedimentos de revascularização cirúrgica, a angioplastia vem se impondo como um método alternativo ou complementar em várias situações clínicas.

2. OBJETIVO

- Dar continuidade ao projeto de VALOR REFERENCIAL;
- Evoluir para confecção de um conjunto de procedimentos na formatação de VALOR REFERENCIAL (pacote), com foco nos procedimentos em Cirurgia Vascular;
- Restringir divergências entre prestadores e o Planserv quanto à cobrança de honorários médicos e OPME.

3. JUSTIFICATIVAS

A Gestão por Pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece a remuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados os honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

São incontestes as vantagens da formatação de remuneração dos internamentos e procedimentos médicos sob a forma de valor referencial, pois:

- Proporciona previsibilidade orçamentária;
- Partilha os riscos e compromete os envolvidos no processo;
- Estimula a racionalização dos custos na saúde;
- Evita glosas e divergências entre operadoras, prestadores e médicos;
- Agiliza os processos de autorização, faturamento e cobrança;
- Oferece isonomia e equidade na remuneração destes procedimentos;
- Corrige o modelo atual e cruel de remuneração, pagando justamente o honorário médico e os serviços hospitalares, tirando o foco dos materiais e medicamentos.

4. MATERIAL

Utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE;
- Amostra randomizada de contas hospitalares faturadas contra o Planserv, envolvendo estes procedimentos;
- Tabela CBHPM – CFM e Tabela de Procedimentos Médicos Planserv (Que faz referência à tabela AMB 92);
- Pesquisa de preços: Cotação, banco de preço do MS, informações do Mercado Suplementar de Saúde;
- Tabelas sintética de valores do Planserv;
- Informações técnicas, diretrizes da Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular e estudos publicados em imprensa médica especializada.

5. MÉTODO

Foi utilizada a mesma metodologia do projeto VALOR REFERENCIAL, cuja composição é segmentada por:

- Serviços Hospitalares (Diárias, Taxas, Gases): Composta por Diárias Agregadas ou Sintéticas, que resume a cobrança do conjunto de serviços e estrutura da hotelaria e da assistência. Foi precificada conforme a nova Tabela Sintética Planserv;
- Honorários Médicos: CBHPM 4ª Edição; e SADT: Tabela Planserv de Procedimentos (AMB);
- Materiais e Medicamentos: Estudos sobre as contas destes procedimentos processadas ao Planserv pela rede de prestadores;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

6. CRITÉRIOS DE ACESSO

- O acesso aos beneficiários deve ser assegurado tão somente pelos prestadores que assinarem o Termo de Aceitação e Compromisso de valor referencial;
- A lista de prestadores que assinarem o Termo de Aceitação e Compromisso será publicada em canais de comunicação definidos pelo Planserv;
- Prestadores que não assinarem o acordo não poderão realizar o procedimento;
- Os prestadores que assinarem o termo de acordo não poderão se negar a prestar o atendimento conforme os padrões estabelecidos no valor referencial.

7. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

Estarão habilitados a prestar estes serviços os prestadores que atenderem as seguintes exigências:

- Alvará da Vigilância Sanitária atualizado;
- Habilitação técnica e estrutural para Realização de Procedimentos em Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
- Assinar acordo do valor referencial;
- Comprovar titulação da equipe assistente.

8. CONTROLE E AUDITORIA

O Planserv realizará controle técnico e administrativo através da utilização de ferramentas de auditoria médica, podendo ser solicitados os seguintes registros:

- Relatório de cirurgia descrevendo a técnica utilizada com referência à utilização das próteses e materiais especiais (legíveis);
- O Planserv poderá realizar pré-auditoria médica *in loco*;
- O Planserv poderá realizar pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos;
- Acompanhamento intra-operatório (quando devidamente e previamente acordado com equipe e hospital);
- Análise do CD com as imagens pré, trans e pós procedimento. O prestador deve registrar as imagens (gravar) dos procedimentos de angioplastia e colocação de órteses e próteses (Stents, Filtro de proteção, etc.).

9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- Os valores referenciais são segmentados por: Diárias, taxas, Gases, SADT, Honorários médicos, medicamentos, materiais e OPME;
- Os Valores Referenciais tem mesmo preço para Planos Básicos (enfermarias) e Planos Especiais (apartamento). Os preços de serviços hospitalares e honorários médicos estão proporcionalizados de acordo a carteira de planos do Planserv, sendo Planos Básicos (90% da carteira) e Planos Especiais (10% da carteira), de forma a garantir a remuneração diferenciada dos planos especiais, conforme demonstrativo abaixo:
 - **Diárias:** Para as diárias de unidade aberta, foi usada uma diária denominada "Diária de unidade composta", esta diária é formada por = (Valor da Diária de Enfermaria x 90%) + (Valor da Diária de Apartamento x 10%). Desta forma, quando o paciente for de plano básico, deverá ser acomodado em enfermaria, e quando for de plano especial, deverá ser acomodado em apartamento. Assim, apesar de ter um único preço para o Valor Referencial, o prestador de serviço terá assegurado o valor

- diferenciado (proporcionalmente) da unidade de apartamento. Esta proporção (90% / 10%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem 90% de planos básicos e 10% de planos especiais;
- A quantidade de Diárias contempladas em cada VR foi resultado da mediana histórica de utilização e considerações dos especialistas;
 - **Honorários médicos:** Usada CBHPM com banda que varia de -20% a +20%. Para todos os Valores Referenciais contemplados neste documento foi considerada a banda de +20%.
 - **OPME:** Quando um OPME for proporcionalizado no pacote considerar que o uso da quantidade deste será sempre o número inteiro aproximado superior. (Ex: caso seja utilizada 01 bacia flexor e o pacote já contempla 0,5 bacia flexor, não caberá cobrança de mais 0,5 bacia flexor. Isto acontece pois metade dos angiologistas preferem a bacia flexor para o procedimento e a outra metade o cateter guia de angioplastia) Ex2: 1,5 balão de angioplastia 0,14 – são então cobertos pelo pacote até 2,0 balões de angioplastia, pois 50% dos procedimentos utilizam apenas 1 balão, não cabendo ao Planserv retirada do valor do pacote 0,5 balão e quando o prestador utilizar 2 balões não poderá cobrar ao Planserv a complementação de 0,5 balão.
 - As contas de pacotes não podem ser cobradas com períodos de conta em formatação aberta. Se período da internação for superior ao período de diárias contempladas no pacote, a cobrança deve separar as contas, sendo o período do pacote com cobrança única e exclusiva do pacote, e os demais períodos em conta aberta;
 - **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro com "Composição do Valor Referencial" com descrição dos itens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam interseção dos seguintes itens de inclusão e exclusão:
 - **Itens de Inclusão:**
 - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários a realizá-los;
 - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesiista e demais profissionais envolvidos na assistência como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela frequência média de utilização);
 - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.

- **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:
 - Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).

- **Intercorrências:**
 - As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;

 - As intercorrências referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote, tão pouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do modelo de remuneração por pacote;

 - Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando: Uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda conta em formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;

 - Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;

 - Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto (dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote;

 - As contas abertas obedecem aos critérios de cobrança vigentes praticados entre cada prestador e o Planserv (valores de diárias, honorários, CH, etc.).

- Materiais complementares aos pacotes: Em algumas situações poderão ser solicitados, complementarmente ao pacote, materiais já previstos, com condições e preços pré-definidos;
- Critérios de indicações e orientações específicas: Os critérios de indicação dos procedimentos ou da escolha de uma técnica aceitos pelo Planserv são habitualmente os mesmos padronizados pelas sociedades das especialidades ou órgãos colegiados afins. Em situações específicas o Planserv poderá estabelecer critério personalizado para autorização de procedimento ou insumos. Estas informações estarão registradas em cada valor referencial definido;
- Quando houver a necessidade de realização de mais de um procedimento no mesmo ato cirúrgico:
 - **Dois Valores Referenciais - Procedimento Associado:** Alguns procedimentos estão contemplados como valores referenciais de duas maneiras. Uma delas com padrão de valor referencial habitual, onde estão contempladas diárias, taxas e todos os insumos de uma internação completa. Uma segunda maneira, o procedimento é contemplado com o formato de "**Proc. Ass.- Procedimento Associado**". Este formato tem o propósito de atender situações corriqueiras quando um valor referencial pode vir a ser executado NO MESMO ATO OPERATÓRIO com outros valores referenciais. Exemplos: Cirurgia do Aneurisma Intracraniano e a Cirurgia para Implante de DVE. Para estes dois procedimentos há valores referenciais, o primeiro com formato habitual (completo); o segundo, um valor referencial que contempla apenas os custos relacionados ao procedimento de DVE. Caso haja a necessidade de realizar a Cirurgia de Aneurisma + DVE (ambos os procedimentos no mesmo ato operatório), o Planserv autorizará o valor referencial do ANEURISMA (integral) + o valor referencial "**Proc. Ass. – DVE**", sendo que este último só contempla honorários, serviços e insumos específicos deste segundo procedimento (desta forma não haverá problemas relacionados à superposição de serviços ou insumos);
 - **Dois Valores Referenciais – Sem Associação:** Quando houver mais de um procedimento ou **bilateralidade**, onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), mas não exista associação prevista (diferente do exemplo do "Aneurisma + DVE"), o Planserv avaliará a possibilidade de manter a autorização por pacote, promovendo um desconto no segundo pacote. NOTA: Em hipótese nenhuma poderão ser cobrados integralmente os dois pacotes, pois estaria sendo pago em duplicidade os itens de interseção entre ambos (diárias, taxas de sala, medicamentos, etc.). Também não pode ser aplicada a esta situação a proporcionalização de 70% ou 50% (utilizada na tabela AMB para procedimentos de mesma via de acesso ou vias de acessos diferentes), pois neste caso não estão sendo avaliados apenas os honorários médicos, mas sim um conjunto de elementos que compõe a internação. Na impossibilidade de manter o formato de pacote, o Planserv poderá autorizar os procedimentos em formato de conta aberta;

- **Valor Referencial + Procedimento AMB:** Quando houver mais de um procedimento, mas apenas um deles estiver previsto como valor referencial, o prestador poderá cobrar o valor referencial para o procedimento previsto e para o procedimento não previsto poderá ser cobrado adicional ou complementar ao pacote (na mesma conta) o honorário médico conforme tabela Planserv (AMB 92) e os OPMEs necessários para este segundo procedimento. Caso haja muitos elementos incomuns aos dois procedimentos, dificultando a identificação dos itens que poderão ser cobrados complementarmente, o Planserv poderá optar por não manter o pacote e autorizar ambos os procedimentos em formato de conta aberta.
- Pacientes com altas antes de completar o período previsto no pacote (sem intercorrências), o prestador poderá cobrar o valor integral do mesmo, não devendo ser descontado pela auditoria as diárias não utilizadas;
- Pacientes com altas após o período de diárias previstas no pacote (sem que tenha havido intercorrências), o prestador deverá cobrar o valor total do pacote e não poderá fazer cobranças adicionais pelas diárias excedentes, sendo considerado o risco do pacote;
- Os prestadores não poderão solicitar autorização ou realizar cobrança de valores referenciais por analogia para um procedimento que não tem previsto um valor referencial. Situações de similaridade e analogia devem ser avisadas e analisadas previamente pelo Planserv;
- No processo de Elaboração do VR, o Planserv utilizou a mediana de utilização dos: procedimentos, serviços e insumos e informações dos médicos especialistas;
- Os hospitais que não dispõem de UTI não poderão realizar os procedimentos que prevêm a utilização desta acomodação;
- No processo de elaboração destes Valores Referenciais, o Planserv discutiu com representantes das Especialidades. Todos os códigos de procedimentos, materiais especiais e permanência foram contemplados com o consenso destes profissionais;
- Os hospitais de classe F não poderão realizar estes procedimentos, uma vez que não dispõem de UTI;
- **NOVA CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS:** Um pleito antigo de prestadores e médicos, sempre foi a possibilidade de pagamento dos honorários médicos separados da parte hospitalar. Outras tentativas foram feitas, mas encontrou-se dificuldades operacionais e de controle para viabilizar este pleito. Contudo elaborou-se uma nova estrutura no sistema do Planserv, que começa a ser implementada, que possibilitará o pagamento de profissionais em separado da parte hospitalar. Esta

possibilidade está diretamente vinculada com a codificação dos códigos dos pacotes. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:

- O **penúltimo dígito** do valor referencial identificará o segmento do pacote, o valor deste segmento e qual pessoa jurídica poderá cobrá-la, sendo:
 - Dígito **1**: Identifica a parte do Valor Referencial destinada ao **Hospital** (prestador onde o serviço será executado/cobrado);
 - Dígito **2**: Identifica a parte do Valor Referencial destinada ao Honorário Médico do **ANESTESISTA**;
 - Dígito **3**: Parte exclusiva dos Honorários da Equipe Médica **CIRÚRGICA**.

- O **último dígito** do valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial e guarda relação com a Classificação Hospitalar da Tabela Sintética, sendo:
 - A classificação de hospitais segue: Dígito 1 para os hospitais Classe A; 2 para os hospitais Classe B; 3 para os hospitais Classe C; 4 para os hospitais Classe D; 5 para os hospitais Classe E e finalmente 6 para os hospitais Classe F. Esta regra se aplica mesmo para Prestadores que ainda não estão utilizando a Tabela Sintética;
 - Quando a cobrança for realizada por prestador não hospitalar, situação exclusiva para as cobranças de honorários médicos da equipe cirúrgica e dos honorários de anestesiologia, o último dígito deverá ser 9 para os honorários da equipe cirúrgica e 8 para honorários de anestesiológico (isto faz-se necessário porque a pessoa jurídica de anestesiologia e da equipe cirúrgica não são objeto de classificação).

- **A OPERACIONALIZAÇÃO:**
 - As Autorizações Prévias (APs) serão sempre autorizadas para o CNPJ do Hospital ou prestador de serviço onde o procedimento será executado;
 - A solicitação de autorização deve ser encaminhada ao Planserv identificando claramente qual será o CNPJ para cada segmento do valor referencial, conforme exemplo abaixo:

Exemplo (fictício):

Angioplastia Transluminal Percutânea de Artéria Renal –

A ser realizado no Hospital Celestial CNPJ 111.222.333/0001-1 (Classe B - 2)

83.23.931-2 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial

83.23.932-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil

83.23.933-9 CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (penúltimo dígito 1 e último 2) para o CNPJ do hospital; Já o segundo código que se trata do honorário de anesthesiologia (penúltimo dígito 2 e último 8) será creditado para a Cooperativa de anesthesiologia; Enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (penúltimo dígito 3 e último 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica.

- Desta forma toda autorização de um valor referencial terá pelo menos 3 códigos autorizados em cada AP;
- As solicitações terão de vir corretamente preenchidas. O Planserv não se responsabilizará por erros no preenchimento das solicitações;
- Solicitações com campos de equipe cirúrgica e/ou anesthesiologia em branco ou ilegível, a autorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo do item abaixo);
- Hospitais com equipe cirúrgica própria e/ou anesthesiologistas próprios devem colocar no último dígito dos pacotes referentes a estes honorários seu código referido. Considerando o exemplo anterior, os códigos seriam:

- 83.23.931-2 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte Hospitalar);
- 83.23.932-2 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Anesthesiologista);
- 83.23.933-2 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Equipe Cirúrgica);

Neste exemplo a responsabilidade do repasse dos honorários aos profissionais será exclusiva do hospital.

- O código referente à parte **HOSPITALAR** (penúltimo dígito **1**) será sempre autorizado para o CNPJ do hospital (CNPJ da AP);
- As solicitações de correções ou re-análises só poderão ser feitas no prazo de até 30 dias, desde que não tenha ocorrido a cobrança da AP. Caso já tenha ocorrido a cobrança da conta, a AP não poderá mais ser alterada;
- O recebimento dos honorários cirúrgicos só poderá ser realizado através de Pessoa Jurídica (CNPJ) da equipe médica **CRENCIADA** ao Planserv e responsável pelo procedimento.

- Observação 1: Caso a equipe médica não tenha pessoa jurídica credenciada ao Planserv, a mesma não poderá realizar a cobrança diretamente ao Planserv. Neste caso, o código correspondente a estes honorários será autorizado para o CNPJ do hospital e este se responsabilizará pelo repasse dos honorários ao profissional.
- Observação 2: Não poderá ser autorizado o código referente aos honorários da equipe cirúrgica para um CNPJ de um profissional outro que não faça parte da equipe cirúrgica e que não tenha participado do ato operatório;
- Observação 3: O valor da equipe médica cirúrgica (Cirurgião e auxiliares) será autorizado em bloco para um único CNPJ. O Planserv não segmentará a autorização dos honorários médicos cirúrgicos (cirurgião separado de cada auxiliar). O repasse

dos honorários de cada membro da equipe é da total responsabilidade do representante legal da pessoa jurídica que efetuou a cobrança destes honorários ao Planserv;

- Observação 4: As equipes médicas ainda não credenciadas ao Planserv poderão solicitar credenciamento conforme os padrões dos editais de credenciamento publicados pelo Planserv;
- Observação 5: Após credenciadas as equipes poderão encaminhar as novas solicitações apontando o CNPJ de sua empresa credenciada. Autorizações já emitidas não poderão ser corrigidas retroativamente;
- Observação 6: As equipes credenciadas ao Planserv devem assinar termo de aceitação dos valores referenciais (como já fazem os hospitais) para que possa ser registrado em seu cadastro, quais procedimentos (pacotes) que poderão ser cobrados por aquele CNPJ. Pessoa jurídica credenciada que não tem em seu cadastro o lançamento de um pacote, não conseguirá cobrá-lo.

10. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE CARÓTIDAS OU VERTEBRAIS					
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia			
83.23.451-X	83.23.453-9		83.23.452-8			
DIÁRIAS						
UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5			
<ul style="list-style-type: none"> Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos; 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total). As diárias foram proporcionalizados pelos Planos Básicos (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%). 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.20-7	Colocação de stent supra aórtico	10A	100%	2	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%
SADT						
<ul style="list-style-type: none"> Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma. 						
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista. 						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO						
<ul style="list-style-type: none"> Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas; O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos. 						
OPME						
<p>Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, entre eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> 01 stent carotídeo, 01 introdutor 5F, 6F ou 7F, 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260), 01 Guia teflonado 0,035x 260, 0,5 cateter guia de angioplastia, 0,5 Bainha flexor 90 cm, 02 Cateteres diagnósticos, 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação, 01 Sistema de proteção cerebral, 01 insuflador, 01 conexão alta, 01 conexão baixa, 01 seringa da bomba injetora; Quando um OPME for proporcionalizado no pacote considerar que o uso da quantidade deste será sempre o número inteiro aproximado superior. (Ex: caso seja utilizada 01 bainha flexor e o pacote já contempla 0,5 bainha flexor, não caberá cobrança de mais 0,5 bainha flexor. Isto acontece porque metade dos angiologistas prefere a bainha flexor para o procedimento e a outra metade o cateter guia de angioplastia) Ex2: 1,5 balão de angioplastia 0,14 – são então cobertos pelo pacote até 2,0 balões de angioplastia, pois 50% dos procedimentos utilizam apenas 1 balão, não cabendo ao Planserv retirada do valor do pacote 0,5 balão e quando o prestador utilizar 2 balões não poderá cobrar ao Planserv a complementação de 0,5 balão. 						
OBSº						
<ul style="list-style-type: none"> Quando necessário, além da angioplastia com stent da carótida, a angioplastia de outro vaso como o tronco braquio- encefálico o médico deve solicitar a complementação de seus honorários pela tabela AMB (50% – pois pela mesma via) e 01 stent adicional se necessário; Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens. 						

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia Transluminal Percutânea de Carótidas e Vertebrais

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	700,48	700,48	700,48	700,48	700,48
Materiais	553,75	553,75	553,75	553,75	553,75
OPME	18.401,60	18.401,60	18.401,60	18.401,60	18.401,60
Sub-Total (Parte Hospitalar)	21.076,28	21.242,73	21.393,03	21.560,48	21.708,28
Honorários Médicos da Equipe	912,21	912,21	912,21	912,21	912,21
Honorários Médicos do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	22.328,49	22.494,94	22.645,24	22.812,69	22.960,49

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.205,54	1.234,22	1.261,92	1.298,93	1.323,13
3º Dia Internação	565,76	581,37	591,27	611,54	620,94

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.901-X	83.23.903-9	83.23.902-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.26-6	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial e venosa.	10A	100%	2	5	0%
4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obst. Arterial	9B	50%	1	3	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Foi contemplado o código 4.08.13.18-5 proporcionalizado para 30% dos casos, após justificativa acatada dos cirurgiões vasculares, que em até um terço dos procedimentos o vaso estava ocluído, necessitando de angioplastia, antes da colocação do stent.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 introdutor 5F, 6F ou 7F, 01 introdutor contra-lateral Balkin; 01 stent auto expansível; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 02 Cateteres diagnósticos; 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- A lista de OPME acima se refere à lesão única de comprimento máximo de 130 mm, pois até o momento na Bahia só há stent disponível no mercado de 150 mm. Nas lesões separadas por segmento com boa luz arterial, com comprimento maior que 150 mm, será justificada a solicitação de mais de 01 stent;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior com stent.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	395,26	395,26	395,26	395,26	395,26
Materiais	732,97	732,97	732,97	732,97	732,97
OPME	12.063,90	12.063,90	12.063,90	12.063,90	12.063,90
Sub-Total (Parte Hospitalar)	14.612,58	14.779,03	14.929,33	15.096,78	15.244,58
Honorários Médicos Da Equipe	1.014,31	1.014,31	1.014,31	1.014,31	1.014,31
Honorários Médicos Do Anestesiologista	396,10	396,10	396,10	396,10	396,10
Total (Com Anestesiologista)	16.022,99	16.189,44	16.339,74	16.507,19	16.654,99

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercrrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.261-X	83.23.263-9	83.23.262-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.17-7	Angioplastia transluminal percutânea.	8A	100%	1	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 0,5 introdutor 5F, 6F ou 7F; 0,5 introdutores contra-lateral Balkin; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 02 Cateteres diagnósticos; 01guia de angioplastia 0,14; 0,5 Guia V18 300; 0,5 cateter angiográfico seletivo, hidrofílico 150cm(slipcath ou Diver); 1,0 cateter balão longo para artérias distais; 01 insuflador; 01 conexão baixa.

OBSº

- Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver dissecação da arteriopoplíteia ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, quando para mais de uma artéria distal tratada no valor de R\$ 4800,00;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior sem stent.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	395,26	395,26	395,26	395,26	395,26
Materiais	732,97	732,97	732,97	732,97	732,97
OPME	7154,51	7154,51	7154,51	7154,51	7154,51
Sub-Total (Parte Hospitalar)	9.703,19	9.869,64	10.019,94	10.187,39	10.335,19
Honorários Médicos Da Equipe	550,61	550,61	550,61	550,61	550,61
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	10.593,80	10.760,25	10.910,55	11.078,00	11.225,80

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.911-X	83.23.913-9	83.23.912-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.26-6	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial e venosa.	10A	100%	2	5	0%
4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obst. Arterial	9B	50%	1	3	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Foi contemplado o código 4.08.13.18-5 proporcionalizado para apenas 30% dos casos, após justificativa acatada dos cirurgiões vasculares, que em até um terço dos procedimentos o vaso estava ocluído, necessitando de angioplastia, antes da colocação do stent;
- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 introdutores contra-lateral Balkin; 01 stent auto expansível; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 02 Cateteres diagnósticos; 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- A lista abaixo se refere à lesão única de comprimento máximo de 130mm, pois até o momento na Bahia só há stent disponível no mercado de 150mm. Nas lesões separadas por segmento com boa luz arterial, com comprimento maiores que 150 mm, justificará solicitação de mais de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Caso alguma lesão significativa (maior=75% de estenose) angioplastada ocorra abaixo da artéria poplítea (artéria distal ou infrapatelares), poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, no valor de R\$ 4800,00;
- Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver dissecação da arteriopoplíteia ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20);
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens.
- Este código será utilizado apenas quando forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões

significativas (estenoses maiores=75% obstrução da luz), sendo que **em pelo menos uma delas** haja implante de stent).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior com stent (lesões múltiplas).

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	395,26	395,26	395,26	395,26	395,26
Materiais	732,97	732,97	732,97	732,97	732,97
OPME	12.063,90	12.063,90	12.063,90	12.063,90	12.063,90
Sub-Total (Parte Hospitalar)	14.612,58	14.779,03	14.929,33	15.096,78	15.244,58
Honorários Médicos Da Equipe	1.318,61	1.318,61	1.318,61	1.318,61	1.318,61
Honorários Médicos Do Anestesiologista	514,93	514,93	514,93	514,93	514,93
Total (Com Anestesiologista)	16.446,12	16.612,57	16.762,87	16.930,32	17.078,12

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.921-X	83.23.923-9	83.23.922-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.17-7	Angioplastia transluminal percutânea.	8A	100%	1	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 0,5 introdutor 5F, 6F ou 7F; 0,5 introdutores contra-lateral Balkin; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 02 Cateteres diagnósticos; 01guia de angioplastia 0,14; 0,5 Guia V18 300; 0,5 cateter angiográfico seletivo, hidrofílico 150cm(slipcath ou Diver); 1,0 cateter balão longo para artérias distais; 01 insuflador; 01 conexão baixa.

OBSº

- Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver dissecação da arteriopoplitea ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, quando para mais de uma artéria distal tratada no valor de R\$ 4800,00;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens.
- Este código será utilizado apenas quando forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas(estenoses maiores=75% obstrução da luz), sendo que **em nenhuma** haja implante de stent.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior sem stent (lesões múltiplas).

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	395,26	395,26	395,26	395,26	395,26
Materiais	732,97	732,97	732,97	732,97	732,97
OPME	7154,51	7154,51	7154,51	7154,51	7154,51
Sub-Total (Parte Hospitalar)	9.703,19	9.869,64	10.019,94	10.187,39	10.335,19
Honorários Médicos Da Equipe	715,79	715,79	715,79	715,79	715,79
Honorários Médicos Do Anestesiologista	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Total (Com Anestesiologista)	10.860,98	11.027,43	11.177,73	11.345,18	11.492,98

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA RENAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.931-X	83.23.933-9	83.23.932-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.33-9	Colocação de stent em artéria renal.	10B	100%	1	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent renal (já vem com 01 balão de angioplastia); 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01guia de angioplastia 0,14; 01 cateter guia 6F; 02 Cateteres diagnósticos; 0,5 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de artéria renal.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	553,75	553,75	553,75	553,75	553,75
Materiais	788,04	788,04	788,04	788,04	788,04
OPME	10.990,06	10.990,06	10.990,06	10.990,06	10.990,06
Sub-Total (Parte Hospitalar)	13.752,30	13.918,75	14.069,05	14.236,50	14.384,30
Honorários Médicos Da Equipe	862,61	862,61	862,61	862,61	862,61
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	14.954,91	15.121,36	15.271,66	15.439,11	15.586,91

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA OU TRONCO CELIACO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.941-X	83.23.943-9	83.23.942-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.25-8	Colocação de stent em artéria visceral	10C	100%	2	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent expansível por balão; 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 01guia de angioplastia 0,14, 01 cateter guia 6F; 02 Cateteres diagnósticos; 01 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de artéria mesentérica ou tronco celíaco.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	553,75	553,75	553,75	553,75	553,75
Materiais	788,04	788,04	788,04	788,04	788,04
OPME	10.188,80	10.188,80	10.188,80	10.188,80	10.188,80
Sub-Total (Parte Hospitalar)	12.951,04	13.117,49	13.267,79	13.435,24	13.583,04
Honorários Médicos Da Equipe	1.072,71	1.072,71	1.072,71	1.072,71	1.072,71
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	14.363,75	14.530,20	14.680,50	14.847,95	14.995,75

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.951-X	83.23.953-9	83.23.952-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos.
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.25-8	Colocação de stent em artéria visceral	10C	100%	2	5	0%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent expansível por balão; 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 01guia de angioplastia 0,14, 01 cateter guia 6F; 02 Cateteres diagnósticos; 01 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- Poderá ser cobrado a parte do pacote 01 stent expansível por balão e 01 Balão de angioplastia 0,14 para cada lesão tratada;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos viscerais.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,5	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	435,45	465,45	490,45	520,45	560,45
SADT	224,5	253	270,5	300	300
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	553,75	553,75	553,75	553,75	553,75
Materiais	788,04	788,04	788,04	788,04	788,04
OPME	10.188,80	10.188,80	10.188,80	10.188,80	10.188,80
Sub-Total (Parte Hospitalar)	12.951,04	13.117,49	13.267,79	13.435,24	13.583,04
Honorários Médicos Da Equipe	1.394,52	1.394,52	1.394,52	1.394,52	1.394,52
Honorários Médicos Do Anestesiologista	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Total (Com Anestesiologista)	14.787,56	14.954,01	15.104,31	15.271,76	15.419,56

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.142,76	1.171,46	1.199,16	1.236,17	1.260,37
3º Dia Internação	534,38	549,99	559,89	580,16	589,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.961-X	83.23.963-9	83.23.962-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.20-7	Colocação de stent supra aórtico	10A	100%	2	5	0%
4.08.12.04-9	Angiografia por cateter seletivo de ramo primário (por vaso)-2x	4C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas.
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent carotídeo; 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 0,5 cateter guia de angioplastia; 0,5 Bainha flexor 90cm; 03 Cateteres diagnósticos; 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação; 01 Sistema de proteção cerebral, 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa; 01 seringa da bomba injetora;
- Quando um OPME for proporcionalizado no pacote considerar que o uso da quantidade deste será sempre o número inteiro aproximado superior. (Ex: caso seja utilizada 01 bainha flexor e o pacote já contempla 0,5 bainha flexor, não caberá cobrança de mais 0,5 bainha flexor. Isto acontece pois metade dos angiologistas preferem a bainha flexor para o procedimento e a outra metade o cateter guia de angioplastia) Ex2: 1,5 balão de angioplastia 0,14 – são então cobertos pelo pacote até 2,0 balões de angioplastia, pois 50% dos procedimentos utilizam apenas 1 balão, não cabendo ao Planserv retirada do valor do pacote 0,5 balão e quando o prestador utilizar 2 balões não poderá cobrar ao Planserv a complementação de 0,5 balão.

OBSº

- Quando necessário, além da angioplastia com stent da carótida, a angioplastia de outro vaso como o tronco braquio- encefálico o médico deve solicitar a complementação de seus honorários pela tabela AMB (50%- pois pela mesma via) e 01 stent adicional se necessário;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo

conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia carótidas e vertebrais seguida de angioplastia transluminal percutânea de carótidas e vertebrais

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1084,2	1192
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	767,859	767,859	767,859	767,859	767,859
Materiais	858,94	858,94	858,94	858,94	858,94
OPME	18.574,94	18.574,94	18.574,94	18.574,94	18.574,94
Sub-Total (Parte Hospitalar)	21.763,33	21.938,78	22.095,08	22.268,53	22.425,33
Honorários Médicos Da Equipe	1329,23	1329,23	1329,23	1329,23	1.329,23
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	23.432,56	23.608,01	23.764,31	23.937,76	24.094,56

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1392,06	1420,74	1448,44	1485,45	1509,65
3º Dia Internação	659,02	674,63	684,53	704,80	714,20

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.971-X	83.23.973-9	83.23.972-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.26-6	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial e venosa.	10A	100%	1	5	0%
4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obst. Arterial	9B	50%	1	3	0%
4.08.12.05-7	Angiografia por cateter super seletivo de ramo secundário ou distal (por vaso)- 2x	5C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Foi contemplado o código 4.08.13.18-5 proporcionalizado para 30% dos casos, após justificativa acatada dos cirurgiões vasculares, que em até um terço dos procedimentos o vaso estava ocluído, necessitando de angioplastia, antes da colocação do stent.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 introdutores contra-lateral Balkin; 01 stent auto expansível; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 2,5 Cateteres diagnósticos; 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- A lista de OPME acima se refere à lesão única de comprimento máximo de 130mm, pois até o momento na Bahia só há stent disponível no mercado de 150mm. Nas lesões separadas por segmento com boa luz arterial, com comprimento maiores que 150 mm, será justificada a solicitação de mais de 01 stent e balão;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia unilateral ou bilateral seguida de angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior com stent.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	609,37	609,37	609,37	609,37	609,37
Materiais	891,43	891,43	891,43	891,43	891,43
OPME	12.150,57	12.150,57	12.150,57	12.150,57	12.150,57
Sub-Total (Parte Hospitalar)	15.212,96	15.388,41	15.544,71	15.718,16	15.874,96
Honorários Médicos Da Equipe	1.487,33	1.487,33	1.487,33	1.487,33	1.487,33
Honorários Médicos Do Anestesiologista	391,00	391,00	391,00	391,00	391,00
Total (Com Anestesiologista)	17.091,29	17.266,74	17.423,04	17.596,49	17.753,29

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1329,06	1357,74	1385,44	1422,45	1446,65
3º Dia Internação	627,52	643,13	653,03	673,30	682,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.981-X	83.23.983-9	83.23.982-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos.
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.17-7	Angioplastia transluminal percutânea.	8A	100%	1	5	0%
4.08.12.05-7	Angiografia por cateter super seletivo de ramo secundário ou distal (por vaso)- 2x	5C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 0,5 introdutor 5F, 6F ou 7F; 0,5 introdutores contra-lateral Balkin; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 2,5 Cateteres diagnósticos; 01guia de angioplastia 0,14; 0,5 Guia V18 300; 0,5 cateter angiográfico seletivo, hidrofílico 150cm(slipcath ou Diver); 1,0 cateter balão longo para artérias distais; 01 insuflador; 01 conexão baixa.

OBSº

- Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver dissecação da arteriopoplitea ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, quando para mais de uma artéria distal tratada no valor de R\$ 4800,00 – R\$ 3840,00;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia unilateral ou bilateral seguida de angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior sem stent.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	609,37	609,37	609,37	609,37	609,37
Materiais	891,43	891,43	891,43	891,43	891,43
OPME	7.241,18	7.241,18	7.241,18	7.241,18	7.241,18
Sub-Total (Parte Hospitalar)	10.303,57	10.479,02	10.635,32	10.808,77	10.965,57
Honorários Médicos Da Equipe	1.032,91	1.032,91	1.032,91	1.032,91	1.032,91
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	11.676,48	11.851,93	12.008,23	12.181,68	12.338,48

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1329,06	1357,74	1385,44	1422,45	1446,65
3º Dia Internação	627,52	643,13	653,03	673,30	682,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.991-X	83.23.993-9	83.23.992-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.26-6	Colocação de stent para tratamento de obstrução arterial e venosa.	10A	100%	2	5	0%
4.08.13.18-5	Angioplastia transluminal percutânea para tratamento de obst. Arterial	9B	50%	1	3	0%
4.08.12.05-7	Angiografia por cateter super seletivo de ramo secundário ou distal (por vaso)- 2x	5C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básicos: (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%);
- Foi contemplado o código 4.08.13.18-5 proporcionalizado para apenas 30% dos casos, após justificativa acatada dos cirurgiões vasculares, que em até um terço dos procedimentos o vaso estava ocluído, necessitando de angioplastia, antes da colocação do stent;
- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas.
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 introdutor 5F a7F; 01 introdutor contra-lateral Balkin; 01 stent auto expansível; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 2,5 Cateteres diagnósticos; 1,5 Balão de angioplastia 0,14, pré e pós dilatação; 01 insuflador; 01 conexão alta e 01 conexão baixa.

OBSº

- A lista abaixo se refere à lesão única de comprimento máximo de 130mm, pois até o momento na Bahia só há stent disponível no mercado de 150mm. Nas lesões separadas por segmento com boa luz arterial, com comprimento maior que 150 mm, será justificada a solicitação de mais de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Caso alguma lesão significativa (maior=75% de estenose) angioplastada ocorra abaixo da artéria poplíteia (artéria distal ou infrapatelares), poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, no valor de R\$ 4800,00 – R\$ 3840,00;
- Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver

dissecção da arteriopoplitea ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20);

- **Este código será utilizado sempre que forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas (estenoses maiores = 75% obstrução da luz), sendo que em pelo menos uma delas haja implante de stent;**
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Este código será utilizado apenas quando forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas (estenoses maiores=75% obstrução da luz), sendo que **em pelo menos uma delas** haja implante de stent).
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia unilateral ou bilateral seguida de angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior com stent (lesões múltiplas).

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	609,37	609,37	609,37	609,37	609,37
Materiais	891,43	891,43	891,43	891,43	891,43
OPME	12.150,57	12.150,57	12.150,57	12.150,57	12.150,57
Sub-Total (Parte Hospitalar)	15.212,96	15.388,41	15.544,71	15.718,16	15.874,96
Honorários Médicos Da Equipe	1.933,53	1.933,53	1.933,53	1.933,53	1.933,53
Honorários Médicos Do Anestesiologista	508,30	508,30	508,30	508,30	508,30
Total (Com Anestesiologista)	17.654,79	17.830,24	17.986,54	18.159,99	18.316,79

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1329,06	1357,74	1385,44	1422,45	1446,65
3º Dia Internação	627,52	643,13	653,03	673,30	682,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.801-X	83.23.803-9	83.23.802-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.17-7	Angioplastia transluminal percutânea.	8A	100%	1	5	0%
4.08.12.05-7	Angiografia por cateter super seletivo de ramo secundário ou distal (por vaso)- 2x	5C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas.
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles**:

- 0,5 introdutor 5F, 6F ou 7F; 0,5 introdutores contra-lateral Balkin; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 2,5 Cateteres diagnósticos; 01guia de angioplastia 0,14; 0,5 Guia V18 300; 0,5 cateter angiográfico seletivo, hidrofílico 150cm(slipcath ou Diver); 1,0 cateter balão longo para artérias distais; 01 insuflador; 01 conexão baixa.

OBSº

- **OBS 1)** Nas artérias infrapatelares, habitualmente não deverá ser usado stent, entretanto nas situações onde houver dissecação da arteriopoplitea ou tronco tibio-fibular a indicação se impõe, sendo possível a solicitação de 01 stent no valor (R\$ 6000,00) e 01 balão de angioplastia (R\$ 2117,20). Poderá ser solicitado mais um cateter balão longo, quando para mais de uma artéria distal tratada no valor de R\$ 4800,00 – R\$ 3840,00;
- **OBS 2)** Este código será utilizado sempre que forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas (estenoses maiores = 75% obstrução da luz), sendo que em nenhuma destas lesões haja implante de stent;
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Este código será utilizado apenas quando forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas(estenoses maiores=75% obstrução da luz), sendo que **em nenhuma** haja implante de stent).
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser

solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia unilateral ou bilateral seguida de angioplastia transluminal percutânea de membro superior ou inferior sem stent (lesões múltiplas).

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	609,37	609,37	609,37	609,37	609,37
Materiais	891,43	891,43	891,43	891,43	891,43
OPME	7.314,10	7.314,10	7.314,10	7.314,10	7.314,10
Sub-Total (Parte Hospitalar)	10.376,49	10.551,94	10.708,24	10.881,69	11.038,49
Honorários Médicos Da Equipe	1.342,79	1.342,79	1.342,79	1.342,79	1.342,79
Honorários Médicos Do Anestesiologista	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Total (Com Anestesiologista)	12.161,28	12.336,73	12.493,03	12.666,48	12.823,28

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1329,06	1357,74	1385,44	1422,45	1446,65
3º Dia Internação	627,52	643,13	653,03	673,30	682,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA RENAL BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA RENAL	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.811-X	83.23.813-9	83.23.812-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos.
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.33-9	Colocação de stent em artéria renal.	10B	100%	1	5	0%
4.08.12.04-9	Angiografia por cateter seletivo de ramo primário (por vaso)	4C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas.
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent renal (já vem com 01 balão de angioplastia); 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 guia de angioplastia 0,14; 01 cateter guia 6F; 02 Cateteres diagnósticos; 0,5 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia renal bilateral seguida de angioplastia transluminal percutânea de artéria renal.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	767,86	767,86	767,86	767,86	767,86
Materiais	946,50	946,50	946,50	946,50	946,50
OPME	10.990,06	10.990,06	10.990,06	10.990,06	10.990,06
Sub-Total (Parte Hospitalar)	14.266,01	14.441,46	14.597,76	14.771,21	14.928,01
Honorários Médicos Da Equipe	1.279,63	1.279,63	1.279,63	1.279,63	1.279,63
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	15.885,64	16.061,09	16.217,39	16.390,84	16.547,64

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1435,84	1464,52	1492,22	1529,23	1553,43
3º Dia Internação	680,91	696,52	706,42	726,69	736,09

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA OU TRONCO CELIACO	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.821-X	83.23.823-9	83.23.822-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.25-8	Colocação de stent em artéria visceral	10C	100%	2	5	0%
4.08.12.04-9	Angiografia por cateter seletivo de ramo primário (por vaso)	4C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos (Raio-X/ECG/Laboratório).

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas.
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent expansível por balão; 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 01guia de angioplastia 0,14; 01 cateter guia 6F; 2,5 Cateteres diagnósticos; 01 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia de múltiplos vasos viscerais seguida de angioplastia transluminal percutânea de artéria mesentérica ou tronco celíaco.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	767,86	767,86	767,86	767,86	767,86
Materiais	946,50	946,50	946,50	946,50	946,50
OPME	10.273,31	10.273,31	10.273,31	10.273,31	10.273,31
Sub-Total (Parte Hospitalar)	13.549,26	13.724,71	13.881,01	14.054,46	14.211,26
Honorários Médicos Da Equipe	1.281,22	1.281,22	1.281,22	1.281,22	1.281,22
Honorários Médicos Do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Anestesiologista)	15.170,48	15.345,93	15.502,23	15.675,68	15.832,48

- Prestadores que não dispõem de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso haja intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1435,84	1464,52	1492,22	1529,23	1553,43
3º Dia Internação	680,91	696,52	706,42	726,69	736,09

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	ARTERIOGRAFIA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
83.23.831-X	83.23.833-9	83.23.832-8

DIÁRIAS

UTI	01	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	----	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverá ser acomodado em apartamentos;
- 50% dos pacientes ficarão uma segunda diária em unidade aberta (3 diárias no total).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
4.08.13.25-8	Colocação de stent em artéria visceral	10C	100%	2	5	0%
4.08.12.04-9	Angiografia por cateter seletivo de ramo primário (por vaso)	4C	50%	0	Não	20%
4.08.12.07-3	Angiografia de controle	2C	50%	0	Não	0%

- Os honorários foram proporcionalizados pelos Planos Básicos (Enfermaria 90%) e Especial (Apartamento 10%).
- Acrescido 30% para o tratamento de lesões estenóticas múltiplas nos honorários do cirurgião e anestesista.

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Fisioterapia unidade aberta (por cada 12 hs), Plantão de Fisioterapia Intensiva (24 hs – Tab. Sintética), Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, eletrocardiograma.

TAXAS E GASES

- Sala de hemodinâmica, Taxa de curativo médio, Taxa do filme para angiografia de controle, Taxa para honorário do Intensivista Plantonista por 12h e do diarista.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial. Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica, gabarito de insumos.

OPME

Todos os OPMEs foram contemplados dentro do valor referencial, **entre eles:**

- 01 stent expansível por balão; 01 introdutor 5F, 6F ou 7F; 01 Guia hidrofílico (0,035 X 260); 01 Guia teflonado 0,035x 260; 01 Guia de angioplastia 0,14; 01 cateter guia 6F; 2,5 Cateteres diagnósticos; 01 Balão de angioplastia 0,14; 01 insuflador; 01 conexão alta; 01 conexão baixa.

OBSº

- Poderá ser cobrado a parte do pacote 01 stent expansível por balão e 01 Balão de angioplastia 0,14 para cada lesão significativa tratada com stent;
- **Este código será utilizado sempre que forem realizadas mais de uma angioplastia de lesões significativas (estenoses maiores = 75% obstrução da luz), de vasos viscerais (ex: tronco celíaco, artérias mesentéricas ou renais), no mesmo procedimento;**
- Nestas situações, o Planserv poderá solicitar o CD para avaliação das imagens;
- Todos os valores referenciais de arteriografia seguida de angioplastia não poderão ser cobrados em pacientes que já tenham realizado angiografias prévias naquele internamento (Ex: paciente realizou arteriografia, que identificou lesões estenóticas graves e após 10 dias é optado por angioplastia. Neste caso não poderá ser solicitado o valor referencial angiografia seguida de angioplastia, pois o paciente já realizou a angiografia, tendo conhecimento da anatomia vascular pelo método invasivo.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

Arteriografia de múltiplos vasos viscerais seguida de angioplastia transluminal percutânea de múltiplos vasos viscerais.

SEGMENTO DA CONTA	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	760,50	868,45	976,25	1.084,20	1.192,00
Taxas	576,59	615,59	646,59	682,59	731,59
SADT	224,50	253,00	270,50	300,00	300,00
Gases	-	-	-	-	-
Medicamentos	767,86	767,86	767,86	767,86	767,86
Materiais	946,50	946,50	946,50	946,50	946,50
OPME	10.273,31	10.273,31	10.273,31	10.273,31	10.273,31
Sub-Total (Parte Hospitalar)	13.549,26	13.724,71	13.881,01	14.054,46	14.211,26
Honorários Médicos Da Equipe	1.665,59	1.665,59	1.665,59	1.665,59	1.665,59
Honorários Médicos Do Anestesiologista	442,00	442,00	442,00	442,00	442,00
Total (Com Anestesiologista)	15.656,85	15.832,30	15.988,60	16.162,05	16.318,85

- Prestadores que não dispõe de UTI (Classe F e alguns da Classe E) não poderão realizar este procedimento.
- O último dígito do código do pacote faz referência à classe hospitalar do prestador, sendo: 1 para Classe A, 2 para Classe B, 3 para Classe C e sucessivamente.

Tabela de Intercorrências:

Caso hajam intercorrências justificadas (ver – "ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS") com necessidade de dividir (abrir) o pacote, o prestador deve seguir a seguinte tabela de desconto.

Tabela de Desconto / Dia da Intercorrência	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1435,84	1464,52	1492,22	1529,23	1553,43
3º Dia Internação	680,91	696,52	706,42	726,69	736,09

1.1. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	83.23.453-9	83.23.452-8	83.23.451-5	83.23.451-4	83.23.451-3	83.23.451-2	83.23.451-1
	912,21	340,00	21.076,28	21.242,73	21.393,03	21.560,48	21.708,28
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT	83.23.903-9	83.23. 902-8	83.23. 901-5	83.23. 901-4	83.23. 901-3	83.23. 901-2	83.23. 901-1
	1.014,31	396,10	14.612,58	14.779,03	14.929,33	15.096,78	15.244,58
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT	83.23.263-9	83.23.262-8	83.23.261-5	83.23.261-4	83.23.261-3	83.23.261-2	83.23.261-1
	550,61	340,00	9.703,19	9.869,64	10.019,94	10.187,39	10.335,19
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	83.23.913-9	83.23.912-8	83.23.911-5	83.23.911-4	83.23.911-3	83.23.911-2	83.23.911-1
	1.318,61	514,93	14.612,58	14.779,03	14.929,33	15.096,78	15.244,58
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	83.23.923-9	83.23.922-8	83.23.921-5	83.23.921-4	83.23.921-3	83.23.921-2	83.23.921-1
	715,79	442,00	9.703,19	9.869,64	10.019,94	10.187,39	10.335,19
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA RENAL	83.23.933-9	83.23.932-8	83.23.931-5	83.23.931-4	83.23.931-3	83.23.931-2	83.23.931-1
	862,61	340,00	13.752,30	13.918,75	14.069,05	14.236,50	14.384,30
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA OU TRONCO CELIACO	83.23.943-9	83.23.942-8	83.23.941-5	83.23.941-4	83.23.941-3	83.23.941-2	83.23.941-1
	1.072,71	340,00	12.951,04	13.117,49	13.267,79	13.435,24	13.583,04
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS	83.23.953-9	83.23.952-8	83.23.951-5	83.23.951-4	83.23.951-3	83.23.951-2	83.23.951-1
	1.394,52	442,00	12.951,04	13.117,49	13.267,79	13.435,24	13.583,04
ARTERIOGRAFIA CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	83.23.963-9	83.23.962-8	83.23.961-5	83.23.961-4	83.23.961-3	83.23.961-2	83.23.961-1

SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS	1.329,23	340,00	21.763,33	21.938,78	22.095,08	22.268,53	22.425,33
ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT	83.23.973-9	83.23.972-8	83.23.971-5	83.23.971-4	83.23.971-3	83.23.971-2	83.23.971-1
	1.487,33	391,00	15.212,96	15.388,41	15.544,71	15.718,16	15.874,96
ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT	83.23.983-9	83.23.982-8	83.23.981-5	83.23.981-4	83.23.981-3	83.23.981-2	83.23.981-1
	1.032,91	340,00	10.303,57	10.479,02	10.635,32	10.808,77	10.965,57
ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR COM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	83.23.993-9	83.23.992-8	83.23.991-5	83.23.991-4	83.23.991-3	83.23.991-2	83.23.991-1
	1.933,53	508,30	15.212,96	15.388,41	15.544,71	15.718,16	15.874,96
ARTERIOGRAFIA UNILATERAL OU BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR SEM STENT (LESÕES MÚLTIPLAS)	83.23.803-9	83.23.802-8	83.23.801-5	83.23.801-4	83.23.801-3	83.23.801-2	83.23.801-1
	1.342,79	442,00	10.376,49	10.551,94	10.708,24	10.881,69	11.038,49
ARTERIOGRAFIA RENAL BILATERAL SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA RENAL	83.23.813-9	83.23.812-8	83.23.811-5	83.23.811-4	83.23.811-3	83.23.811-2	83.23.811-1
	1.279,63	340,00	14.266,01	14.441,46	14.597,76	14.771,21	14.928,01

ARTERIOGRAFIA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL	83.23.823-9	83.23.822-8	83.23.821-5	83.23.821-4	83.23.821-3	83.23.821-2	83.23.821-1
PERCUTÂNEA DE ARTÉRIA MESENTÉRICA OU TRONCO CELIACO	1.281,22	340,00	13.549,26	13.724,71	13.881,01	14.054,46	14.211,26
ARTERIOGRAFIA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS SEGUIDA DE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÂNEA DE MÚLTIPLOS VASOS VISCERAIS	83.23.833-9	83.23.832-8	83.23.831-5	83.23.831-4	83.23.831-3	83.23.831-2	83.23.831-1
	1.665,59	442,00	13.549,26	13.724,71	13.881,01	14.054,46	14.211,26