

JUNHO 2018

Valor Referencial

PROCEDIMENTOS

AMBULATORIAIS

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS
ATUALIZAÇÃO
JUNHO DE 2018**

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA DOS SANTOS

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
EDELVINO DA SILVA GOES FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
CRISTINA TEIXEIRA DE OLINDA CARDOSO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
Dr. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JÚNIOR

EQUIPE EXECUTORA

COORDENAÇÃO MÉDICA
Dra. LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
MÉDICA AUDITORA

Dra. CARLA VALLADARES VIGNAL
MÉDICA AUDITORA

Dr. REYNALDO ROCHA NASCIMENTO JUNIOR
COORDENADOR MÉDICO

ASSESSORIA TÉCNICA
LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento: Procedimentos Ambulatoriais.
12ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2018.

p. 41

1. Revisão do Valor Referencial: Procedimentos Ambulatoriais.
PLANSERV.

1. OBJETIVO	06
2. MÉTODO	06
3. CRITÉRIOS DE ACESSO	06
4. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	06
5. CONTROLE E AUDITORIA	06
6. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS.....	07
7. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS.....	07
7.1. POLISSONOGRAFIA	07
7.2. HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL	08
7.3. HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL- SOROLOGIAS.....	09
7.4. LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA	10
7.5. LIQUOROLOGIA COMPLETA.....	11
8. SEGMENTO GASTROENTEROLOGIA	12
8.1. MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	12
8.2. ESOFAGOMANOMETRIA	13
8.3. BIOFEEDBACK COM EMG.....	14
8.4. BIOFEEDBACK - ANORETAL POR EMG (POR SESSÃO)	14
8.5. BIOFEEDBACK - URINÁRIA POR EMG (POR SESSÃO).....	14
9. SEGMENTO CLÍNICA DA DOR	15
9.1 BLOQUEIO DE NERVOS/PONTOS DE GATILHOS (QUALQUER TIPO – ÚNICO OU MÚLTIPLO)	19
9.2 BLOQUEIO EPIDURAL	20
9.3. BLOQUEIO OU ANALGESIA POR VIA VENOSA	20
10. VALOR REFERENCIAL PARA CAPD	21
10.1. CAPD	21
10.2. TREINAMENTO CAPD	22
10.3. DPA - DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA	23
10.4. TREINAMENTO DPA	24
11. VALOR REFERENCIAL PARA CORE BIOPSY OU BIÓPSIA POR SEGMENTO.....	25
11.1. BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (Com Agulha Grossa) OU CORE BIÓPSY – GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA	26
11.2. BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (Com Agulha Grossa) OU CORE BIÓPSY – GUIADO POR ESTEREOTAXIA.....	27
11.3. BIÓPSIA – PAAF OU INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (PARA ROLL) GUIADO POR ESTEREOTAXIA.....	28

11.4. PUNÇÃO MAMÁRIA PARA INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (ROLL) GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA	29
12. SEGMENTO OFTALMOLOGIA	30
12.1. RETINOGRAFIA SIMPLES - BINOCULAR	30
12.2. ANGIOFLUORESCENOGRAFIA (INCLUI A RETINOGRAFIA SIMPLES + FLUORESCENTE	31
13. SEGMENTO DERMATOLOGIA.....	32
13.1 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA - NÍVEL 1 ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES	33
13.2 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA - NÍVEL 2 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES ESCENTE	33
13.3 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA - NÍVEL 3 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES ESCENTE	34
14. SEGMENTO GINECOLOGIA	35
14.1 AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA.....	35
14.2 HISTEROSALPINGOGRAFIA (Novo)	37
15. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS.....	38

VALOR REFERENCIAL – PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

1. OBJETIVO

- Adequar ao modelo do valor referencial, pacotes de procedimentos de baixa complexidade que já eram realizados pela rede de prestadores do Planserv.

2. MÉTODO

Foram utilizados os mesmos métodos e materiais dos demais valores referenciais já elaborados, usando como referência:

- 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 e SADT com a Tabela Planserv de Procedimentos (AMB);
- Materiais e Medicamentos: Histórico de utilização e custos de mercado;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

3. CRITÉRIOS DE ACESSO

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

4. 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 dos respectivos procedimentos;
- Assinar acordo do valor referencial;
- Comprovar títulos de especialista da equipe assistente.

5. CONTROLE E AUDITORIA

O Planserv poderá realizar mecanismos de controle técnicos e administrativos através das seguintes ferramentas:

- O Planserv poderá realizar pré-auditoria e pós-auditoria médica;
- Contato e perícia em beneficiário antes e/ou após os procedimentos.

6. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS:

- **Honorários médicos:** Usada CBHPM com banda que varia de -20% a +20%;
- **Custos Operacionais:** Usada Tabela Sintética Planserv, gabarito de insumos por procedimento e tabela CBHPM com banda que varia de -20% a +20%.

7. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

7.1. POLISSONOGRAFIA

A polissonografia é o método mais objetivo para a avaliação do sono e de suas variáveis fisiológicas. Através do registro de três parâmetros mínimos que são o eletrencefalograma, o eletro-oculograma e do eletromiograma sub-mentoniano, desta forma pode-se quantificar e qualificar o sono do indivíduo. A polissonografia é indicada para diagnóstico das apnéias e roncos, além de diversos outros distúrbios do sono, como insônia, sonambulismo, terror noturno, bruxismo, dentre outros.

O Planserv contempla a cobertura deste procedimento por valor referencial, com a composição descrita abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	POLISSONOGRAFIA
CÓDIGO	82.90.219-7

NOTA 1: Todos os prestadores, sejam Hospital Geral ou Hospital Dia, devem usar o código acima independente de sua classificação Hospitalar.

NOTA 2: Este procedimento não pode ser autorizado para unidades ambulatoriais.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
4.01.03.52-8	Polissonografia de noite inteira (PNI) (inclui polissonogramas).	3C	30,0	+ 20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
- Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela CBHPM;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência.

VALORAÇÃO DO PACOTE

Polissonografia

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos Operacionais	276,00
Honorários Médicos	120,00
Total	396,00

7.2. HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL

7.3. HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL - SOROLOGIAS

A hemodiálise é o processo de filtração e depuração de substâncias consideradas tóxicas quando em excesso no sangue, como a uréia e a creatinina.

A hemodiálise crônica é uma forma de terapia renal substitutiva indicada para pacientes portadores de insuficiência renal crônica, nos quais o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais.

Este procedimento já vinha sendo contemplado pelo Planserv através de pacotes, o modelo abaixo apenas adequa a estrutura ao padrão do Valor Referencial.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL				
NOME DO PROCEDIMENTO	HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL (POR SESSÃO)			
CÓDIGO	81.50.203-7			
NOTA 1: Todos os prestadores, sejam Hospital Geral , Hospital Dia ou Unidades Ambulatoriais, devem usar o código acima independente de sua classificação Hospitalar.				
HONORÁRIOS MÉDICOS				
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
3.09.09.03-1	Hemodiálise crônica (por sessão)	3C	14,0	+20%
CUSTOS OPERACIONAIS				

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
- Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela CBHPM **com reajuste de 13,12%;**
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência.

VALORAÇÃO DO PACOTE

Hemodiálise Crônica

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos Operacionais	218,54
Honorários Médicos	120,00
Total	338,54

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL (POR SESSÃO)- PARA PACIENTES COM SOROLOGIAS POSITIVAS
CÓDIGO	81.50.202-7

NOTA 1: Todos os prestadores, sejam Hospital Geral , Hospital Dia ou Unidades Ambulatoriais, devem usar o código acima independente de sua classificação Hospitalar.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
3.09.09.03-1	Hemodiálise crônica (por sessão)	3C	14,0	+20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
- Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela CBHPM **com reajuste de 23%;**
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência;
- **Este Pacote está em conformidade com requisitos dispostos na RDC nº 11 de 13/03/2014, Art. 26. Inciso III e IV.**

VALORAÇÃO DO PACOTE

Hemodiálise Crônica- Para Pacientes Com Sorologias Positivas

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos Operacionais	237,63
Honorários Médicos	120,00
Total	357,63

7.4 LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA

Técnica não-invasiva que consiste na aplicação de ondas de choque através de um litotritor extra-corpóreo posicionado diretamente sobre a região lombar. Estas ondas atravessam nosso corpo sem a necessidade de cortes, atingem o cálculo e promovem sua fragmentação. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque é o método de escolha para o tratamento da maioria dos pacientes com calculose urinária dos rins, ureteres ou bexiga. É a melhor forma de tratamento dos cálculos ureterais proximais de 5 a 10mm e também dos cálculos do grupo calicinal superior.

Este procedimento já vinha sendo contemplado pelo Planserv através de pacotes, o modelo abaixo apenas adequa a estrutura ao padrão do Valor Referencial.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA
CÓDIGO	85.60.346-7
	85.60.346-8

NOTA 1: Todos os prestadores, sejam Hospital Geral, Hospital Dia ou Unidades Ambulatoriais, devem usar o código acima independente de sua classificação Hospitalar.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	BANDA
3.11.01.24-0	Nefrolitotripsia extracorpórea – 1ª sessão	8A	100%	- 20%
3.11.01.25-9	Nefrolitotripsia extracorpórea – reaplicações (até 3 meses)	4C	30%	- 20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- Não foram incluídas diárias no custo operacional, pois o procedimento está previsto para realização em ambiente ambulatorial;
- Os custos operacionais foram calculados com base na tabela sintética Planserv e em um gabarito de insumos, contemplando a utilização de equipamentos, a utilização da sala, e demais serviços e insumos necessários para realização do procedimento. Considerando que o valor poderia variar a depender da classificação hospitalar, o Planserv padronizou os valores baseado na maior classificação (A);
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência;
- O valor referente ao código da anestesiologia corresponde à R\$ 165,00. Este valor poderá ser cobrado diretamente pelas cooperativas de anestesiologia ou pelo prestador, quando a equipe de anestesiologia for própria. Neste último caso o repasse para o profissional é da inteira responsabilidade do prestador que efetuou a cobrança.

OBSERVAÇÃO

- Baseado nas Diretrizes da AMB e da Sociedade da Especialidade, em 30% dos casos são necessárias re-aplicações para efetiva lise dos cálculos. Desta forma foi contemplado um percentual de 30% para reaplicações num período de até 3 meses. Desta forma, este pacote já contempla um conjunto de sessões para um período de até 3 meses. Consideramos uma média de até 05 sessões. Casos de insucesso que ainda tenham indicação de novas sessões, mesmo após 05 sessões e mesmo após 3 meses da primeira sessão, serão objeto de discussão técnica entre as equipes assistentes e as equipes médicas do Planserv.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE: LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos Operacionais	329,92
Honorários Médicos	295,00
Total	624,92
Honorários de Anestesiologia	165,00

7.5 LIQUOROLOGIA COMPLETA

O exame do líquido cefalorraquidiano é utilizado como instrumento diagnóstico para diversas patologias neurológicas e para estadiamento e seguimento de processos vasculares, infecciosos, inflamatórios e neoplásicos que acometem direta ou indiretamente o Sistema Nervoso. O exame é contra indicado para pacientes com hipertensão intracraniana ou quando há processo infeccioso no trajeto da agulha. As indicações para realização do exame do líquor são: Processos infecciosos do SN e seus envoltórios, Processos granulomatosos com imagem inespecífica, Processos desmielinizantes, Leucemias e linfomas (estadiamento e tratamento), Imunodeficiências, Processos infecciosos com foco não identificado, Hemorragia sub-aracnoidea.

O Planserv contempla a cobertura deste procedimento por valor referencial, com a composição descrita abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	LIQUOROLOGIA COMPLETA
CÓDIGO	82.80.900-7

NOTA 1: Todos os prestadores, sejam Hospital Geral, Hospital Dia ou Ambulatório, devem usar o código acima independente de sua classificação Hospitalar.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/AMB	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	AUX	PORTE
49.03.019-1	Punção cisternal suboccipital	150	0	0,26

CUSTOS OPERACIONAIS

No valor do pacote já estão inclusos: A Punção Liquórica (sub-ocipital ou lombar), Raquimanometria, serviços e todos os insumos necessários a realização do procedimento além dos seguintes exames:

<ul style="list-style-type: none">Exame Citopatológico Oncótico Do Líquor;TGO / TGP;Chagas, Ifi – Igg;Cisticercose, Rfc Ou Há;Esporotricose, Aglutinação Pelo Látex;Igg, Idr;Schistosomose - Rfc Ou Ifi;Sífilis - Fta - Abs - Igg, Reações Sorológicas;Toxoplasmose - Ifi - Igg E Igm – Cada;Toxoplasmose - Rfc, Ha Ou Ifi – Cada;Toxoplasmose - Elisa - Igg E Igm – Cada;	<ul style="list-style-type: none">Rotina Do Líquor (Caracteres Gerais, Contagem Global, Específica, Ci, Glicose, Proteínas, Globulinas);Antibiograma;Antígeno Htlv-Iii (Hiv) Elisa(P24);Hemophilus Influenzae, Elisa;Streptococcus Pneumoniae – Elisa;Pandy, Reação;Eletroforese De Proteínas C/ Concentração;Neisseria Meningiditis (A, B, C W135), Elisa – Cada;Lactato (Ácido Láctico);Fungos, Cultura (Micoses Superficiais);
--	--

- Weinberg (Cisticercose);
 - Reação De Hiv1 Ou Hiv2 - Elisa Pesquisa De Anticorpos;
 - BAAR (Ziehl/Fluorescência, P. Direta e pós Homogeneização);
 - Bacterioscopia (Gram, Ziehl, Albert Etc.), P/ Lâmina;
 - Fungos (Pesquisas a Fresco, Lactofenol, T. Da China);
 - Cultura do Líquor
-
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo ao pacote.
 - Total de CH dos exames 2000 (CH R\$ 0,22).
-

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custo Operacional	440,00
Honorários Médicos	41,69
Total	481,69

8. SEGMENTO GASTROENTEROLOGIA

8.1 MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL

A manometria é um exame simples, indolor, que não requer jejum ou sedação venosa. Tem como objetivo principal a mensuração das pressões dos músculos do esfíncter anal. Além disso, fornece informações importantes para a avaliação da capacidade do reto servir como um reservatório e da sua sensibilidade à diferentes estímulos.

O Planserv contempla a cobertura deste procedimento por valor referencial, com a composição descrita abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	MANOMETRIA ANORRETAL COMPUTADORIZADA
CÓDIGO	84.30.423-7

- O exame é realizado a nível ambulatorial e não cabe assistência anestésica nem internamento.
- O código do procedimento é único independente do tipo de prestador (clínica ou hospital) e independente da classificação do prestador.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	BANDA
40102025	MANOMETRIA COMPUTADORIZADA ANORRETAL	5B	0%

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
 - Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela sintética Planserv, sendo os mesmos: taxa de sala de procedimentos ambulatoriais (usamos como padrão a taxa da maior classe), taxa de equipamentos (usado como equivalência da taxa de uso de endoscópio- R\$ 20,00) e insumos (usamos como referência os insumos da Endoscopia Digestiva Alta- R\$15,00);
 - Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência.
-

VALORAÇÃO DO PACOTE

MANOMETRIA ANORRETAL

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Taxa equipamentos	20,00
Taxa de Sala * (usamos padrão da maior classe – Classe A)	45,00
Insumos	15,00
Honorários Médicos	172,00
Total	252,00

8.2 ESOFAGOMANOMETRIA

A esofagomanometria tem como objetivo estudar a mobilidade de todo o esôfago. Através de medições computadorizadas das pressões esofágicas pode-se avaliar o funcionamento da faringe e a sua coordenação com o esfíncter superior do esôfago, a atividade motora do corpo do esôfago, e a localização e tônus do esfíncter inferior do esôfago. Isto permite detectar distúrbios da deglutição, da condução do bolo alimentar e da competência do esfíncter inferior do esôfago.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	ESOFAGOMANOMETRIA
CÓDIGO	84.30.135-7

- O exame é realizado a nível ambulatorial e não cabe assistência anestésica nem internamento.
- O código do procedimento é único independente do tipo de prestador (clínica ou hospital) e independente da classificação do prestador.

HONORÁRIOS MÉDICOS			
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	BANDA
40102068	Manometria esofágica computadorizada sem teste provocativo.	5B	0%

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
- Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela sintética Planserv, sendo os mesmos: taxa de sala de procedimentos ambulatoriais (usamos como padrão a taxa da maior classe), taxa de equipamentos (usado como equivalência da taxa de uso de endoscópio- R\$ 20,00) e insumos (usamos equivalência os insumos da EDA - R\$15,00);
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência.

VALORAÇÃO DO PACOTE

ESOFAGOMANOMETRIA

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Taxa equipamentos	20,00
Taxa de Sala * (usamos padrão da maior classe – Classe A)	45,00
Insumos	15,00
Honorários Médicos	172,00
Total	252,00

8.3 BIOFEEDBACK COM EMG

8.4 BIOFEEDBACK – ANORETAL POR EMG (POR SESSÃO)

8.5 BIOFEEDBACK – URINÁRIA POR EMG (POR SESSÃO)

EMG Biofeedback mede o potencial de ação dos músculos através de eletrodos colocados na superfície da pele, com o objetivo de capacitar o paciente a adquirir ou readquirir o controle voluntário sobre músculos estriados, através das seguintes possibilidades:

1. Aumento da atividade dos músculos fracos ou paréticos;
2. Redução dos níveis de atividade dos músculos espásticos;
3. Substitui a propriocepção inadequada;
4. Aumento da ativação de um determinado músculo em relação a outro.

Considerando que o tratamento por Biofeedback pode ser utilizado para controle do esfíncter urinário e anorectal, o Planserv contemplou ambos os procedimentos por valores referenciais com codificação distinta e mesma estrutura e precificação, conforme o quadro abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	Biofeedback – Anorectal por EMG (POR SESSÃO)
CÓDIGO	82.50.111-7
NOME DO PROCEDIMENTO	Biofeedback – Urinária por EMG (POR SESSÃO)
CÓDIGO	82.50.190-7

- O exame é realizado a nível ambulatorial e não cabe assistência anestésica nem internamento.
- O código do procedimento é único independente do tipo de prestador (clínica ou hospital) e independente da classificação do prestador.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	BANDA
20103131	Biofeedback por EMG (por sessão)	2C	0%

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: os procedimentos, serviços médicos e todos os insumos necessários a realização do procedimento;
- Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela sintética, com inclusão de taxa de sala, taxa de equipamentos e insumos, proporcionalizados devido á menor complexidade deste procedimento em relação aos demais, totalizando um valor de R\$10,00 (ainda superior ao custo operacional da CBHPM);

-
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência.
-

VALORAÇÃO DO PACOTE

BIOFEEDBACK – URINÁRIA POR EMG (POR SESSÃO)

BIOFEEDBACK – ANORETAL POR EMG (POR SESSÃO)

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos Operacionais	10,00
Honorários Médicos	50,00
Total	60,00

9. SEGMENTO CLÍNICA DA DOR

A DOR é descrita como “Experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências pessoais anteriores.” IASP- International Association for the Study of Pain.

A dor pode ser classificada quanto a sua origem, como:

- **Dor Somática:** Sensação dolorosa grosseira, exacerbada ao movimento, aliviada pelo repouso, bem localizada e variável, conforme a lesão básica. Exemplo: dores ósseas, pós-operatórias, músculo-esqueléticas, artríticas, etc;
- **Dor Visceral:** Produto da distensão de víscera oca, mal localizada, profunda, opressiva, constrictiva. Frequentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos, e sudorese;
- **Dor Neuropática:** Produto da lesão ou disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC) ou Sistema Nervoso Periférico (SNP), podendo ser episódica, temporária ou crônica, persistente. Esta dor também pode ser consequência de algumas doenças degenerativas que levam a compressão ou a lesões das raízes nervosas, ao nível da coluna. A dor neuropática manifesta-se de várias formas, como sensação de queimação, peso, agulhada, ferroadada ou choques, podendo ou não ser acompanhada de parestesias. São exemplos a neuralgia do nervo trigêmeo, a neuralgia pós-herpética e a neuropatia periférica;
- **Dor Psicogênica:** considera-se a existência da dor psicogênica quando nenhum mecanismo nociceptivo ou neuropático pode ser identificado e há sintomas psicológicos suficientes para o estabelecimento de critérios psiquiátricos estabelecidos na classificação DSM-IV. Na prática, a dor psicogênica é diagnóstico de exclusão e de ocorrência muito rara.

A dor pode ser classificada temporalmente como:

- **Dor aguda** é Dor relacionada diretamente a sua lesão causadora, encerrando após recuperação. A dor aguda pode ter duração extremamente curta ou até 3 meses (alguns autores chegam a estender a 6

meses). As causas são decorrentes das mais variáveis situações, incluindo: Inflamatórias, traumáticas, infecciosas, pós-operatórios e procedimentos médicos e terapêuticos em geral;

- **Dor crônica** é considerada por alguns autores aquela com duração maior que 3 meses, ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado (alguns consideram a esse limite 6 meses). Para efeitos práticos, o importante é que a dor crônica não apresenta utilidade a qualquer processo biológico, ou seja, não apresenta propósito biológico, e não assume qualquer outra função senão a de causar sofrimento ao indivíduo, em seu aspecto mais amplo: físico, emocional e financeiro.

O controle da dor crônica é imperioso para a saúde e bem estar do paciente. Este controle pode ser obtido por diversas técnicas, medicamentosas, terapêuticas não intervencionistas (Fisioterapia, RPG, etc.), procedimentos intervencionistas (Bloqueios anestésicos, acupuntura, etc.) e até cirurgias (cordotomias, mielotomias, etc.).

Os procedimentos intervencionistas ambulatoriais para o controle da dor incluem entre outros: As injeções em pontos de gatilho, os bloqueios de plexos e nervos periféricos (Hipogástrico, celíaco, ciático, intercostal, facetários, gânglio estrelado) e bloqueio peridural.

Pontos de Gatilho:

- Os pontos de gatilho ou Trigger Points são pontos circunscritos que produzem dor irradiada quando estimulados. Estes pontos estão relacionados à dor miofascial de um determinado músculo ou grupo muscular;
- A terapêutica invasiva é realizada através de uma ou mais injeção local de anestésico e/ou esteróides na área do músculo onde apresenta a dor;
- O objetivo é promover analgesia e facilitar que o paciente realize fisioterapia de alongamento e condicionamento muscular (estes pacientes habitualmente têm dificuldade de realizar estas terapias sem o controle adequado da dor);
- A técnica inclui a injeção de 4 a 6 pontos em cada sessão, com uma média de 3 a 4 sessões com intervalos semanais. São injetados em média de 2 a 4 ml de medicamento por ponto;
- Observamos que na prática este procedimento representa a grande maioria dos atendimentos das terapêuticas intervencionista aplicada no ambulatório da clinica de controle da dor juntamente com o bloqueio de nervos.

Bloqueios de Plexos e Nervos periféricos:

- Como o nome já demonstra o bloqueio de plexo e nervos é a injeção de anestésicos e/ou corticóides muito próximo a um nervo ou grupo de nervos;
- As injeções são realizadas a depender da área topográfica e do grupo de nervos envolvidos (Hipogástrico, celíaco, ciático, intercostal, raízes facetárias, gânglio estrelado, etc.);
- Eventualmente os bloqueios podem promover além da analgesia a melhora da circulação, melhora da postura e da mobilização;
- Este bloqueio é obtido geralmente por mais de uma injeção realizadas em intervalos semanais;

- Estes bloqueios são contemplados nos segmentos 16.01 da tabela Planserv de procedimentos médicos, a depender do nervo ou grupo de nervos envolvidos.

Bloqueio Peridural:

- O bloqueio peridural é a injeção de 5 a 10 ml de fármacos no espaço peridural da coluna vertebral;
- A injeção peridural pode ser realizada para aliviar a dor no pescoço, braços, pernas, peito ou parte inferior das costas. Ao reduzir a inflamação e diminuir a dor, a injeção peridural permite uma maior mobilidade;
- Indicação habitual - Dor Radicular sejam por:
 - Anomalias do Disco Intervertebral (Protusões e Hérnias);
 - Doenças degenerativas da Coluna (Estenose de Canal, Espondilolistese);
 - Síndromes Pós Discectomias.
- A técnica é realizada através de 1 a 3 injeções de corticóide associado a anestésicos ou opióides, no espaço peridural da coluna vertebral. Os intervalos entre as injeções devem ser de 1 a 2 semanas;
- Os corticóides mais utilizados são Metilprednisolona - 80mg e Triancinolona: 50 a 80mg (nos estudos encontrados identificamos melhores resultados com a utilização da Metilprednisolona - 80mg).

ESTRUTURAÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

Na primeira versão publicada deste valor referencial o Planserv segmentou os bloqueios de nervos e pontos de gatilho por área topográfica, sendo: Bloqueios de uma área topográfica ou múltiplas áreas topográficas. Esta estruturação levou em consideração os códigos da Tabela de Procedimentos Planserv (AMB), com seus respectivos códigos, portes anestésicos e CH. Nos casos específicos dos bloqueios de múltiplas áreas topográficas, consideramos um limite de até três bloqueios (este último proporcionalizado em 10% de ocorrência, face sua pouca frequência).

Entretanto os prestadores destes serviços encaminharam pleitos e sugestões para estes valores referenciais, que foram acolhidos em parte pelo Planserv, o que nos motivou a revisão e re-estruturação dos mesmos.

A principal alteração deste novo modelo foi unificar os pacotes de bloqueios, sejam de nervos periféricos, sejam de nervos "especiais", sejam de pontos de gatilho, e seja de uma ou múltiplas áreas topográficas. Salvaguardando apenas o bloqueio epidural.

Nesta nova estruturação a utilizamos como base a proposta inicial publicada em fevereiro deste ano, e construímos os novos valores da seguinte forma:

Considerando que o novo pacote "Bloqueio de Nervo/Ponto de Gatilho (qualquer tipo – único ou múltiplo)" substituirá os quatro bloqueios anteriores:

- Bloqueio de nervo Periférico ou Ponto de Gatilho – Uma área topográfica;
- Bloqueio de nervo Periférico e/ou Ponto de Gatilho – Múltiplas áreas topográficas;
- Bloqueio de nervo Especial – Uma área topográfica;
- Bloqueio de nervo Especial – Múltiplas áreas topográficas;

Utilizamos as seguintes proporcionalizações:

- Bloqueio de nervo periférico ou ponto de gatilho em 50% dos casos e os demais 50% para os bloqueios de nervos especiais.
- Bloqueios de uma área topográfica representou um percentual médio de 70% e bloqueios de múltiplas áreas 30%. Entretanto revisamos o percentual do terceiro bloqueio (nos casos de múltiplas áreas topográfica) de 10% para 30%.

Foram revisados ainda os valores das taxas de salas e o valor e composição dos insumos, quem compõe o novo Custo Operacional.

ORIENTAÇÕES:

- Poderão realizar estes valores referenciais apenas prestadores habilitados e credenciados para tal serviço (incluem as especialidades de anesthesiologista e/ou neurologista);
- Estes Valores Referenciais serão habilitados **exclusivamente** para o "Tipo de Atendimento – **Ambulatorial**", desta forma a única possibilidade de cobrança dos mesmos será neste setor. A cobrança deste valor referencial no "Tipo de Atendimento – Emergência" assim como para pacientes internados será objeto de glosas automáticas do sistema. **NOTA:** Atendimentos desta natureza, caso sejam cobrados como pacotes de atendimentos de emergência serão objetos de glosa por parte da auditoria do Planserv;
- Para os pacientes internados que necessitarem de bloqueio, devem ser utilizados os códigos do **Rol de Procedimentos Planserv**. Este procedimento somente deverá ser cobrado para pacientes internados em Unidade aberta, não cabendo cobrança para pacientes de UTI.
- **Os critérios utilizados para autorização da Analgesia por dia subsequente serão: 1. Pacientes portadores de dor crônica severa; Uso de drogas de alto risco, que necessitam de monitorização de médico especialista em dor para a sua administração (ex: opióides, anestésicos).**
- Cada código do valor referencial representa uma sessão, independente do número de infiltrações (injeções) realizadas. Portanto para cada sessão só poderá ser autorizado um único código de valor referencial;
- Todos os valores referenciais aqui discriminados podem ser realizados sequencialmente. O intervalo mínimo entre cada sessão não pode ser inferior a sete dias. Portanto o Planserv só autorizará um único código por semana;
- Poderão ser autorizadas até 05 sessões sequenciais. Para pacientes que necessitem de maior quantidade de sessões sequenciais, o prestador deve encaminhar solicitação ao Planserv com relatório detalhado. Estes pacientes ainda poderão ser submetidos à perícia prévia do Planserv;
- Para cada valor referencial foi contemplada o Honorário Médico e Custo Operacional;
- O cálculo do CO - Custo Operacional, considerou toda a infra-estrutura necessária à realização dos procedimentos, assim como os serviços e insumos;

- Dentre os insumos foram contemplados: Analgésicos, anestésicos, anti-inflamatórios hormonais (Corticóides), não hormonais, soluções diluentes, agulhas longas (para infiltração profunda – Tipo Spinal), e demais medicamentos e materiais necessários à realização dos procedimentos;
- A despeito das discussões sobre os bloqueios de nervos através da infusão venosa contínua a nível ambulatorial, o Planserv acolheu o pleito dos prestadores e elaborou também um valor referencial específico.
- Cabe ressaltar que este valor referencial deve obedecer a periodicidade e demais regras dos demais bloqueios;
- Para este valor referencial foi incluído nos insumos um equipo de bomba de infusão, cateter para infusão venosa periférica e retirada a agulha longa para bloqueios profundos.
- A cobrança da consulta associada à cobrança do procedimento só será acatada no procedimento inicial (no primeiro procedimento ou sessão), ou caso o intervalo entre uma sessão e outra seja superior a 30 dias.

9.1 BLOQUEIOS DE NERVOS/PONTOS DE GATILHOS (QUALQUER TIPO – ÚNICO OU MÚLTIPLO)

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	Bloqueios de Nervos/Pontos de Gatilhos (qualquer tipo – único ou múltiplo)		
CÓDIGO	81.60.193-7		
HONORÁRIOS MÉDICOS DE REFERÊNCIA			
Código AMB de referência	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	VALOR
16010060	Bloqueio de Nervo Periférico	175	38,50
16010019	Bloqueio Anestésico De Nervos Cranianos	250	55,00
16010027	Bloqueio Anestésico De Plexo Celíaco	250	55,00
16010035	Bloqueio Anestésico De Simpático Cérvico-Torácico	250	55,00
16010043	Bloqueio Anestésico De Simpático Lombar	250	55,00
16010051	Bloqueio Peridural Ou Subaracnóideo C/ Corticóide	250	55,00
16010078	Passagem De Cateter Peridural Ou Subaracnóideo C/ Bloqueio De Prova	250	55,00
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE			
CUSTO OPERACIONAL (Inclui infra-estrutura, serviços e insumos)		60,00	
HONORÁRIOS MÉDICOS		60,00	
TOTAL DO PACOTE		120,00	
INFORMAÇÕES:			
<ul style="list-style-type: none"> • ESTE VALOR REFERENCIAL É EXCLUSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS, NÃO CABENDO COBRANÇA DO MESMO PARA PACIENTES EM INTERNAMENTO HOSPITALAR OU DOMICILIAR. • Ver itens 7 e 8 deste documento (Estruturação dos valores referenciais e orientações); • Este procedimento não pode ser autorizado / cobrado com os demais valores referenciais da clínica da dor; • Este valor referencial pode ser realizado em série, com intervalo mínimo entre as sessões de 7 dias; • Este valor referencial será autorizado quando um ou mais bloqueios sejam realizados, seja de nervo periférico, nervos especiais (destacados nos códigos acima da tabela Planserv de Procedimento), pontos de gatilho, sejam únicos ou múltiplos; • Não poderá ser cobrado complementarmente ao pacote nenhum outro procedimento, serviço ou insumo. 			

9.2 BLOQUEIO EPIDURAL

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	Bloqueio Epidural		
CÓDIGO	81.60.105-7		
HONORÁRIO MÉDICO DE REFERÊNCIA			
Código AMB de referência	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	VALOR
16010051	Bloqueio Peridural Ou Subaracnóideo C/ Corticóide	250	55,00
16010078	Passagem De Cateter Peridural Ou Subaracnóideo C/ Bloqueio De Prova	250	55,00
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE			
CUSTO OPERACIONAL (Inclui infra-estrutura, serviços e insumos)		55,00	
HONORÁRIOS MÉDICOS		55,00	
TOTAL DO PACOTE		110,00	
INFORMAÇÕES:			
<ul style="list-style-type: none"> • ESTE VALOR REFERENCIAL É EXCLUSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS, NÃO CABENDO COBRANÇA DO MESMO PARA PACIENTES EM INTERNAMENTO HOSPITALAR OU DOMICILIAR. • Ver itens 7 e 8 deste documento (Estruturação dos valores referenciais e orientações); • Este procedimento não pode ser autorizado / cobrado com os demais valores referenciais da clínica da dor; • Este valor referencial pode ser realizado em série, com intervalo mínimo entre as sessões de 15 dias; • Este valor referencial será autorizado apenas nos bloqueios epidurais ou subaracnóides; • Não poderá ser cobrado complementarmente ao pacote nenhum outro procedimento, serviço ou insumo. 			

9.3 BLOQUEIO OU ANALGESIA POR VIA VENOSA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL			
NOME DO PROCEDIMENTO	BLOQUEIO OU ANALGESIA POR VIA VENOSA		
CÓDIGO	81.60.108-7		
HONORÁRIO MÉDICO DE REFERÊNCIA			
Código AMB de referência	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	VALOR
16.01.008-6	Analgesia por dia subsequente (Analogia)	175	38,50
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE			
CUSTO OPERACIONAL (Inclui infra-estrutura, serviços e insumos)		121,50	
HONORÁRIOS MÉDICOS		38,50	
TOTAL DO PACOTE		160,00	
INFORMAÇÕES:			
<ul style="list-style-type: none"> • ESTE VALOR REFERENCIAL É EXCLUSIVO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS, NÃO CABENDO COBRANÇA DO MESMO PARA PACIENTES EM INTERNAMENTO HOSPITALAR OU DOMICILIAR. • Ver itens 7 e 8 deste documento (Estruturação dos valores referenciais e orientações); • Este procedimento não pode ser autorizado / cobrado com os demais valores referenciais da clínica da dor; • Este valor referencial pode ser realizado em série, com intervalo mínimo entre as sessões de 7 dias; 			

- Este valor referencial será autorizado apenas nos bloqueios venosos, não podendo ser autorizado para os bloqueios diretos de nervos periféricos, pontos de gatilhos ou outros nervos;
- **Os critérios utilizados para autorização da Analgesia por dia subsequente serão: 1. Pacientes portadores de dor crônica severa; Uso de drogas de alto risco, que necessitam de monitorização de médico especialista em dor para a sua administração (ex: opióides, anestésicos).**
- Não poderá ser cobrado complementarmente ao pacote nenhum outro procedimento, serviço ou insumo.

10. CAPD (DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA)

10.1. CAPD (DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA)

Diálise peritoneal é o processo de depuração do sangue no qual a transferência de solutos e líquidos ocorre através de uma membrana semipermeável (o peritônio), que separa dois compartimentos. Um deles é a cavidade abdominal, onde está contida a solução de diálise; o outro é o capilar peritoneal, onde se encontra o sangue com excesso de escórias nitrogenadas, potássio e outras substâncias. O peritônio age como um filtro, permitindo a transferência de massa entre os dois compartimentos. Consiste em uma membrana semipermeável, heterogênea e com múltiplos poros de diferentes tamanhos. A diálise peritoneal é uma terapia de substituição renal. Existem várias modalidades de diálise peritoneal, na CAPD o abdome fica sempre preenchido com líquido, normalmente são feitas 4 trocas por dia e é a mais adequada para a maioria dos pacientes.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	CAPD-DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (POR SESSÃO)
CÓDIGO	81.50.205-7

NOTA: Este pacote (último caractere terminado em ZERO) pode ser utilizado por qualquer tipo ou classe de prestador, desde que devidamente credenciado para este serviço com o Planserv.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
3.10.08.03-8	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) por Mês/Paciente	10A	--	+20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- Utilizamos como parâmetro de precificação os valores da CBHPM 4ª edição;
- A banda utilizada para precificação foi + 20%;
- A tabela CBHPM não utiliza referência para o custo operacional, para tanto o Planserv utilizou referências de valores que já eram pagos com devidos ajustes e quantificou o Porte do Custo Operacional em 250;
- Utilizamos para precificação do custo operacional a base da tabela CBHPM 4ª edição, com valor de R\$ 11,50, **com reajuste de 13,12%;**
- A tabela CBHPM utiliza como base para cálculo o número de sessões por mês. O Planserv utilizou esta base para calcular o valor de cada sessão individual;
- O Planserv cobrirá um total de 13 sessões de CAPD ao mês;
- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos

necessários à realização do procedimento;

- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência;
- Neste pacote não está incluído a instalação do cateter de Tenckhof.

VALORAÇÃO DO PACOTE				
SEGMENTO DA CONTA	Porte/Sessão	R\$ Base/Sessão	Banda + 20%/Sessão	Acréscimo de 13,12%
Custos Operacionais (/13 sessões)	300 / 13 sessões	265,38	318,45	360,23
Honorários Médicos (/13 sessões)	10 A / 13 sessões	43,07	51,69	51,69
Total		308,45	370,14	411,92

10.2 CAPD - TREINAMENTO

Este pacote destina-se ao treinamento dado ao paciente e/ou cuidador previamente à realização da CAPD em domicílio e tem duração de 09 sessões, sendo realizado por equipe especializada.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - TREINAMENTO (p/Sessão até 09 dias)
CÓDIGO	81.50.206-7

NOTA: Este pacote (último caractere terminado em ZERO) pode ser utilizado por qualquer tipo ou classe de prestador, desde que devidamente credenciado para este serviço com o Planserv.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
3.10.08.02-0	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) 9 dias -treinamento	6A	--	+20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- Utilizamos como parâmetro de precificação os valores da CBHPM 4ª edição;
- A banda utilizada para precificação foi + 20%;
- A tabela CBHPM não utiliza referência para o custo operacional, para tanto o Planserv utilizou referências de valores que já eram pagos com devidos ajustes e quantificou o Custo Operacional em 170 **com reajuste de 13,12%;**
- A tabela CBHPM utiliza como base para cálculo o número de nove sessões. O Planserv utilizou esta base para calcular o valor referencial;
- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários à realização do procedimento;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	Porte/Sessão	R\$ Base/Sessão	Banda + 20%/Sessão	Acréscimo de 13,12%
Custos Operacionais (/9 sessões)	170 / 9 sessões	217,22	260,66	294,85
Honorários Médicos (/9 sessões)	6 A / 9 sessões	22,22	26,66	26,66
Total		239,44	287,33	321,51

10.3 DPA – DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA

A DPA- Diálise Peritoneal Automatizada ou CCPD – Diálise Peritoneal Cíclica Contínua, tem processo semelhante à CAPD. A depuração do sangue também ocorre com a transferência de solutos e líquidos através da membrana do peritônio. A diferença básica entre a CAPD e a DPA é que nesta última a infusão e retiradas dos líquidos para a cavidade abdominal não é realizada manualmente pelo paciente ou cuidador, mas através de um equipamento (**Cicladora**).

A máquina cicladora monitora o volume e o tempo total da terapia, assim como o volume de infusão e drenagem. Esta modalidade permite maior adequação e flexibilidade à prescrição dialítica, personalizando o tratamento de acordo com as características de cada paciente.

Este processo dura menos tempo que a CAPD (em torno de 10 horas), sendo realizado habitualmente a noite, tornado-se mais cômodo para o paciente, permitindo ao mesmo ter vida social mais ativa que a CAPD.

Cabe ressaltar que nem todos os pacientes eleitos a Diálise Peritoneal são eleitos a DPA. Uma análise criteriosa deve ser realizada pela equipe médica especializada para avaliar quais pacientes podem utilizar desta técnica.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	DPA – DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA (POR SESSÃO)
CÓDIGO	81.50.290-7

NOTA: Este pacote (último caractere terminado em ZERO) pode ser utilizado por qualquer tipo ou classe de prestador, desde que devidamente credenciado para este serviço com o Planserv.

HONORÁRIOS MÉDICOS				
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
31008119	Diálise peritoneal automática por mês (agudo ou crônico)	10A	50	+20%

CUSTOS OPERACIONAIS
<ul style="list-style-type: none">• Utilizamos como parâmetro de precificação os valores da CBHPM 4ª edição;• A banda utilizada para precificação foi + 20%;• A tabela CBHPM utiliza referência para o CO - Custo Operacional (50) valores relacionados à operação do equipamento. O Planserv acrescentou este valor ao custo operacional já padronizado à CAPD (250), com reajuste de 13,12%, que contempla insumos;• Utilizamos para precificação do custo operacional a base da tabela CBHPM 4ª edição, com valor de R\$ 11,50;• A tabela CBHPM utiliza como base para cálculo o número de sessões por mês. O Planserv utilizou esta base para calcular o valor de cada sessão individual;• O Planserv cobrirá um total de 13 sessões de DPA ao mês;• No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários à realização do procedimento;• Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo, salvo os casos de comprovada intercorrência;

- Neste pacote não está incluído a instalação do cateter de Tenkof.

VALORAÇÃO DO PACOTE				
SEGMENTO DA CONTA	Porte/Sessão	R\$ Base/Sessão	Banda + 20%/Sessão	Acréscimo de +13,12%
Custos Operacionais (/13 sessões)	300 / 13 sessões	265,38	318,45	360,23
Honorários Médicos (/13 sessões)	10 A / 13 sessões	43,07	51,69	51,69
Total		308,45	370,14	411,92

10.4 DPA - TREINAMENTO

Este pacote destina-se ao treinamento dado ao paciente e/ou cuidador previamente á realização da DPA em domicílio e tem duração de 09 sessões, sendo realizado por equipe especializada.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	DPA – DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA - TREINAMENTO (p/Sessão até 09 dias)
CÓDIGO	81.50.291-7

NOTA: Este pacote (último caractere terminado em ZERO) pode ser utilizado por qualquer tipo ou classe de prestador, desde que devidamente credenciado para este serviço com o Planserv.

HONORÁRIOS MÉDICOS				
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	CO	BANDA
3.10.08.02-0	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) 9 dias -treinamento (Por analogia)	6A	--	+20%

CUSTOS OPERACIONAIS

- Utilizamos como parâmetro de precificação os valores da CBHPM 4ª edição;
- A CBHPM 4ª Edição não contempla o treinamento para a DPA, por este motivo utilizamos como analogia o código de treinamento do CAPD;
- A banda utilizada para precificação foi + 20%;
- Utilizamos como referência para o custo operacional, o valor contemplado no treinamento do CAPD (170), **com reajuste de 13,12%**, acrescido do custo operacional relacionado ao equipamento (35 – equivalente a 9 sessões);
- A tabela CBHPM utiliza como base para cálculo o número de nove sessões. O Planserv utilizou esta base para calcular o valor referencial;
- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários á realização do procedimento;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

VALORAÇÃO DO PACOTE				
SEGMENTO DA CONTA	Porte/Sessão	R\$ Base/Sessão	Banda + 20%/Sessão	Acréscimo de +13,12%

Custos Operacionais (/9 sessões)	205 / 9 sessões	261,94	314,33	357,57
Honorários Médicos (/9 sessões)	6 A / 9 sessões	22,22	26,66	26,66
Total		284,16	340,99	384,23

11. VALOR REFERENCIAL PARA CORE BIOPSY OU BIÓPSIA POR SEGMENTO

Condições de autorização: Só para nódulos com suspeita de neoplasia , estereotaxia só para não visualizados pelo USG.

O câncer de mama continua sendo uma patologia devastadora no cenário mundial, seja por sua alta incidência (o mais freqüente entre as mulheres – excluindo os câncer da pele), seja pelo impacto físico e emocional que o mesmo provoca nas pacientes acometidas.

O diagnóstico precoce ainda é a arma mais eficaz de proteção das mulheres. O arsenal para detecção desta patologia é diverso, entre os disponíveis meios, a Biópsia Percutânea de Fragmento ou Core Biopsy está sem dúvidas entre os principais.

O princípio deste procedimento consta em puncionar a mama com uma agulha especial (grossa), habitualmente, guiado por métodos de imagem, seja a ultrassonografia (mais simples, prático, menos doloroso e menos custoso) ou por Estereotaxia. A estereotaxia é como uma mamografia. É realizada em mamógrafos especiais, onde a paciente realiza incidências iniciais como uma mamografia e, ainda com a mama fixada, o aparelho é manipulado para criação de um plano cartesiano, e posicionamento da agulha, para que possa ser possível atingir o alvo certo da mama (este método é mais difícil, mais doloroso e mais oneroso). Apenas as lesões mamárias não visualizadas por ultra-som, são eleitas para a Estereotaxia.

Há no mercado dois modelos de agulha, sendo uma automática e outra semi-automática.

- Agulha automática: A agulha automática é um dispositivo que acopla na pistola automática de Core Biópsia (completamente diferente da pistola de PAAF). NOTA: A pistola não é descartável, apenas a agulha.
- Agulha semi-automática: Não dispõe de dispositivo associado, o mecanismo de disparo fica na própria agulha. Este dispositivo é descartável.

Ambas as agulhas servem ao mesmo propósito e podem ser utilizadas sem prejuízo à qualidade do procedimento.

Estas agulhas penetram a mama em direção ao nódulo. Ao penetrar no nódulo, a agulha é “armada” (é aberto um segmento da agulha que fará o corte). Após penetrar no nódulo com a agulha armada, um dispositivo dispara uma segunda lâmina (na própria agulha) promovendo um corte e extirpação de um fino fragmento, que fica retido dentro da agulha, que então é retirada, e em seguida retirado o fragmento e colocado dentro do formol. Este processo pode ser repetido para retirada de novos fragmentos. Após a retirada, estes fragmentos são encaminhados para a análise através de HISTOLOGIA (e não citologia).

Para efeito de composição de Valor Referencial, o Planserv elaborou dois pacotes de Core Biopsy, sendo um Guiado Por Ultrassonografia e outro Guiado por Estereotaxia. Como já foi dito, o pacote de Core Biopsy por Estereotaxia só deve ser autorizado quando a lesão mamária não foi identificada por ultra-som.

Ambos os procedimentos são realizados em clínicas de imagens ou nas unidades ambulatoriais dos hospitais

que dispõe desta tecnologia.

Para realização deste procedimento o prestador deve solicitar autorização prévia técnica, com relatório médico e exame de imagem (ultra-som ou mamografia) que dê lastro à solicitação.

11.1. BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (Com Agulha Grossa) OU CORE BIÓPSY – GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	Biópsia Percutânea De Fragmento Mamário (Com Agulha Grossa) Ou Core Biopsy – Guiado Por Ultrassonografia
CÓDIGO	84.70.133-7

NOTA 1: Todos os prestadores habilitados a este procedimento devem utilizar o mesmo código, sejam unidades ambulatoriais, Hospital Dia ou Hospital Geral, independente de sua classificação. O valor para este procedimento é único, independente da unidade ou classificação;

NOTA 2: Este procedimento só é autorizado a nível ambulatorial.

HONORÁRIOS MÉDICOS			
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	Banda - ZERO
40808092	Biópsia Percutânea de Fragmento Mamário (core biopsy) orientado por US ou RX - Agulha Grossa	4A	120,00

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: O procedimento da biópsia, o exame auxiliar de USG, as taxas e serviços relacionados e todos os insumos necessários para a realização do procedimento (inclusive a agulha especial para a biópsia e agulha guia - Descartáveis);
- Para efeito de precificação foi utilizada: A Tabela Planserv de Procedimentos para precificação do exame de USG, a tabela CBHPM 4ª edição para precificação do Honorário Médico, Tabela Sintética Ambulatorial para as taxas e valor de compra de mercado com taxa de comercialização para insumos;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos com o exame (USG)	43,59
Honorários Médicos	120,00
Custos Operacionais (Inclui Insumos)	250,00
Total	413,59

11.2. BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (Com Agulha Grossa) OU CORE BIÓPSY – GUIADO POR ESTEREOTAXIA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	Biópsia Percutânea De Fragmento Mamário (Com Agulha Grossa) Ou Core Biópsy – Guiado Por Estereotaxia
CÓDIGO	84.70.180-7

NOTA 1: Todos os prestadores habilitados a este procedimento devem utilizar o mesmo código, sejam unidades ambulatoriais, Day Hospital ou Hospital Geral, independente de sua classificação. O valor para este procedimento é único, independente da unidade ou classificação;

NOTA 2: Este procedimento só é autorizado a nível ambulatorial.

HONORÁRIOS MÉDICOS			
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	Banda -Zero
40808092	Biópsia Percutânea de Fragmento Mamário (core biopsy) orientado por US ou RX - Agulha Grossa	4A	120,00

CUSTOS OPERACIONAIS	
<ul style="list-style-type: none"> No valor do pacote já estão inclusos: O procedimento da biópsia, o exame auxiliar de Estereotaxia, as taxas e serviços relacionados e todos os insumos necessários para a realização do procedimento (inclusive a agulha especial para a biópsia e agulha guia - Descartáveis); Para efeito de precificação foi utilizada: A Tabela Planserv de Procedimentos para precificação da Estereotaxia, a tabela CBHPM 4ª edição para precificação do Honorário Médico, Tabela Sintética Ambulatorial para as taxas e valor de compra de mercado com taxa de comercialização para insumos; Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo. 	

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos com o exame (Estereotaxia)	116,60
Honorários Médicos	120,00
Custos Operacionais (Inclui Insumos)	250,00
Total	486,60

11.3. BIÓPSIA – PAAF OU INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (PARA ROLL) GUIADO POR ESTEREOTAXIA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	PAAF OU INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (PARA ROLL) GUIADO POR ESTEREOTAXIA
CÓDIGO	84.70.181-7

NOTA 1: Todos os prestadores habilitados a este procedimento devem utilizar o mesmo código, sejam unidades ambulatoriais, Day Hospital ou Hospital Geral, independente de sua classificação. O valor para este procedimento é único, independente da unidade ou classificação;

NOTA 2: Este procedimento só é autorizado a nível ambulatorial.

HONORÁRIOS MÉDICOS			
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	Banda ZERO
40808068	Marcação pré-cirúrgica por estereotaxia, orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base)	3B	88,00

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: O procedimento da biópsia com agulha fina ou a injeção do radioisótopo, o exame auxiliar de Estereotaxia, as taxas e serviços relacionados e todos os insumos necessários para a realização do procedimento;
- Para efeito de precificação foi utilizada: A Tabela Planserv de Procedimentos para precificação da Estereotaxia, a tabela CBHPM 4ª edição para precificação do Honorário Médico e Custos Operacionais, Tabela Sintética Ambulatorial para as taxas e valor de compra de mercado com taxa de comercialização para insumos;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos com o exame (Estereotaxia)	116,60
Honorários Médicos	88,00
Custos Operacionais (Inclui Insumos)	176,00
Total	380,60

11.4. PUNÇÃO MAMÁRIA PARA INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (ROLL) GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	PUNÇÃO MAMÁRIA PARA INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (ROLL) GUIADO POR ULTRASONOGRAFIA
CÓDIGO	84.70.182-7

NOTA 1: Todos os prestadores habilitados a este procedimento devem utilizar o mesmo código, sejam unidades ambulatoriais, Hospital Dia ou Hospital Geral, independente de sua classificação. O valor para este procedimento é único, independente da unidade ou classificação;

NOTA 2: Este procedimento só é autorizado a nível ambulatorial.

HONORÁRIOS MÉDICOS			
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	Banda - ZERO
40808068	Marcação pré-cirúrgica orientada por imagem - por mama (já inclui exame de base)	3B	88,00

CUSTOS OPERACIONAIS

- No valor do pacote já estão inclusos: O procedimento da biópsia com agulha fina ou a injeção do radioisótopo, o exame auxiliar de Ultra-som, as taxas e serviços relacionados e todos os insumos necessários para a realização do procedimento;
- Para efeito de precificação foi utilizada: A Tabela Planserv de Procedimentos para precificação do exame de USG, a tabela CBHPM 4ª edição para precificação do Honorário Médico, Tabela Sintética Ambulatorial para as taxas e valor de compra de mercado com taxa de comercialização para insumos;
- Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

VALORAÇÃO DO PACOTE

SEGMENTO DA CONTA	VALOR
Custos com o exame (USG)	43,59
Honorários Médicos	88,00
Custos Operacionais (Inclui Insumos)	176,00
Total	307,59

12. SEGMENTO OFTALMOLOGIA

12.1. RETINOGRAFIA SIMPLES - BINOCULAR

As Retinografias servem para documentação fotográfica do fundo de olho, permitindo comparações futuras. É importante para o monitoramento de patologias da retina e do nervo óptico.

O Planserv contempla a cobertura deste procedimento por Valor Referencial, com a composição descrita abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL				
NOME DO PROCEDIMENTO		RETINOGRAFIA SIMPLES - BINOCULAR		
CÓDIGO		85.00.112-7		
HONORÁRIOS MÉDICOS				
CÓDIGO/AMB	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	AUX	PORTE ANESTÉSICO
50.01.012-3	RETINOGRAFIA - MONOCULAR	60	0	0
CUSTOS OPERACIONAIS				

- No valor do pacote já estão inclusos: as taxas e serviços relacionados, bem como todos os insumos necessários para a realização do procedimento (inclusive medicamentos, filme e revelação fotográfica);
- Foi utilizada CH de 0,22 para cálculo dos Honorários Médicos;
- Os Honorários Médicos foram contemplados por lateralidade;
- Este procedimento não pode ser autorizado / cobrado com o Valor Referencial 85.00.113-0 – ANGIOFLUORESCENCIÓGRAFIA;
- Não poderá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.

SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
CUSTO OPERACIONAL	14,22
HONORÁRIOS MÉDICOS	26,24
TOTAL DO PACOTE	40,46

12.2. ANGIOFLUORESCENOGRRAFIA (INCLUI A RETINOGRRAFIA SIMPLES + FLUORESCENTE) – BINOCULAR

Consiste na observação e documentação do estado dos vasos da retina em diversos tempos, após a injeção sistêmica de fluoresceína sódica (corante), permitindo o estudo da circulação da retina e da coróide através de filtros especiais do Retinógrafo. Está indicada em todas as doenças vasculares da retina, em doenças inflamatórias, nas degenerações tapeto-retinianas.

O Planserv contempla a cobertura deste procedimento por Valor Referencial, com a composição descrita abaixo:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL				
NOME DO PROCEDIMENTO		RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE - BINOCULAR		
CÓDIGO		85.00.113-7		
HONORÁRIOS MÉDICOS				
CÓDIGO/AMB	NOME DO PROCEDIMENTO	CH	AUX	PORTE ANESTÉSICO
50.01.013-1	RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE - BINOCULAR	200	0	0
50.01.012-3	RETINOGRRAFIA - MONOCULAR	60	0	0
CUSTOS OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none">No valor do pacote já estão inclusos: as taxas e serviços relacionados, bem como todos os insumos necessários para a realização do procedimento (inclusive medicamentos, filme e revelação fotográfica);Foi utilizada CH de 0,22 para cálculo dos Honorários Médicos;Os Honorários Médicos foram contemplados por lateralidade, incluindo tanto a Retinografia Simples como a Fluoresceínica;Este procedimento não pode ser autorizado / cobrado com o Valor Referencial <u>85.00.112-0</u> – RETINOGRRAFIA SIMPLES;Não poderá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo.				
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)				
CUSTO OPERACIONAL				57,35
HONORÁRIOS MÉDICOS				114,40
TOTAL DO PACOTE				171,75

13. SEGMENTO DERMATOLOGIA

Dermatologia é uma especialidade médica cuja área de conhecimento se concentra no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e afecções relacionadas à pele, pelos, mucosas, cabelo e unhas.

Com o intuito de adequar a remuneração ao modelo de valor referencial utilizado pelo Planserv, os procedimentos ambulatoriais mais prevalentes de Dermatologia foram agrupados em três grupos, de acordo com seus níveis de complexidade e a frequência com que foram solicitados de forma associada.

COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS:

- **INCLUSÃO:** No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e hospitalares e todos os insumos necessários à realização do procedimento;
- **HONORÁRIOS MÉDICOS:**
 - Para cálculo dos honorários médicos (HM) utilizamos como referência o ROL de Procedimentos Médicos do Planserv;
 - Para cálculo do Honorário Médico dos Valores Referenciais acima, levamos em consideração o histórico de utilização das contas médicas, onde: Em 44,5% das contas constam apenas a cobrança de 1 código de procedimento, em 39,8% constam a cobrança de 2 procedimentos, em 12,8% constam a cobrança de 3 procedimentos e em 2,9% constam a cobrança de 4 a 6 procedimentos. A proporcionalização da quantidade de procedimentos por conta foi de 1,498 procedimentos por conta em nosso histórico.
 - Em nosso modelo consideramos 1,5 procedimentos por Valor Referencial. Utilizamos o procedimento de maior valor de honorário entre os procedimentos do grupo.
- **CUSTOS OPERACIONAIS:**
 - Para cálculo dos custos operacionais utilizamos como referência a tabela sintética Planserv.
 - Em todos os Valores Referenciais foi considerado uma Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatoriais (em 100%) com o maior valor de referência (Valor da taxa de sala ambulatorial da tabela hospitalar Classe A).
 - Foi contemplada ainda a taxa de equipamento de Criocautério (em 50%).
- **INSUMOS:**
 - Foram contemplados todos insumos (medicamentos e materiais) necessários à realização do procedimento (inclusive aqueles não contemplados dentro da taxa de sala de procedimentos ambulatoriais);
 - Para cálculo dos insumos levamos em consideração a média histórica nas contas ambulatoriais, onde: Nas contas com 1 procedimento, os insumos representaram 12% do valor da conta. Nas contas com mais de um procedimento os insumos representaram 4,43% da conta. No total de todas as contas, os insumos representaram 6,89% da conta. Em todos os Valores Referenciais os insumos foram contemplados com percentuais variando entre 12,4% a 20,8% (maior que a média histórica).
 - Não deverá ser cobrado complementarmente nenhum outro custo (seja insumo ou serviços).

13.1 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 1 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA - NÍVEL 1 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES
CÓDIGO	84.20.090-7
PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS NESTE VALOR REFERENCIAL	
CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO
42020069	CRIOTERAPIA (NITROGÊNIO LÍQUIDO)
42020107	PEQUENAS LESÕES - CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA
42030072	ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS
42030056	CURETAGEM DO MOLUSCO CONTAGIOSO
42020050	CRIOTERAPIA (NEVE CARBÔNICA)
42030218	RETIRADA DE LESÃO POR "SHAVING"
42020093	INFILTRAÇÃO INTRA-LESIONAL
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
CUSTO OPERACIONAL	66,50
HONORÁRIOS MÉDICOS	46,80
TOTAL DO PACOTE	113,30

13.2 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 2 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 2 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES
CÓDIGO	84.20.091-7
PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS NESTE VALOR REFERENCIAL	
CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO
42030102	EXCISÃO E SUTURA DE HEMANGIOMA, LINFANGIOMA OU NEVUS
42030137	EXCISÃO E SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES SEM ROTAÇÃO DE RETALHO
42030153	EXÉRESE DE CISTO SEBÁCEO
42030161	EXÉRESE DE LIPOMA
42030030	BIÓPSIA INCISIONAL
42030200	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO
84.20.090-7	PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS NÍVEL 1
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
CUSTO OPERACIONAL	82,50
HONORÁRIOS MÉDICOS	97,50
TOTAL DO PACOTE	180,00

13.3 ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 3 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 3 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES
CÓDIGO	84.20.092-7
PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS NESTE VALOR REFERENCIAL	
CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO
42.03.008-0	EXCISÃO E SUTURA DE LESÕES C/ ROTAÇÃO DE RETALHOS
42.03.012-9	EXCISÃO E SUTURA C/ PLÁSTICA EM Z
84.20.090-7	PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS NÍVEL 1
84.20.091-7	PROCEDIMENTOS DERMATOLÓGICOS NÍVEL 2
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
CUSTO OPERACIONAL	112,50
HONORÁRIOS MÉDICOS	175,50
TOTAL DO PACOTE	288,00

REGRAS E ORIENTAÇÕES COMUNS A TODOS OS PACOTES DO SEGMENTO DERMATOLOGIA

1. O Planserv não autorizará mais de um Valor Referencial de Dermatologia ao mês. Pacientes com indicação de tratamento de um número de lesões maior do que a quantidade contemplada no Valor Referencial equivalente (11 ou mais lesões para o Valor Referencial de nível 1 e 2, ou 4 ou mais lesões para o Valor Referencial de nível 3), devem programar sua terapia em mais de um ato ou mês;
2. Dentre os procedimentos contemplados no Valor Referencial de nível 2, está o Valor Referencial de nível 1. Assim como Dentre os procedimentos contemplados no Valor Referencial de nível 3, estão os Valores Referenciais de níveis 1 e 2. Portanto, não poderão ser utilizados ou cobrados mais de um tipo de pacote para o mesmo paciente em mesma conta, nem no mesmo mês;
3. Nenhum dos códigos do Rol de Procedimentos Médicos do Planserv (códigos abertos) contemplados nos grupos dos valores referenciais acima poderão ser cobrados no tipo de atendimento ambulatorial. Os mesmos devem ser substituídos pelos seus respectivos valores referenciais.
4. **Estes valores referenciais são exclusivos do TIPO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL. Para situações onde o paciente esteja internado, serão utilizados os códigos/Procedimentos do Rol de Procedimentos Médicos Planserv (códigos abertos).**
5. **PRESTADORES HABILITADOS TÃO SOMENTE EM DAY, DEVEM ter a autorização com códigos abertos. Ainda, ressalte-se que a autorização em day deve estar justificada através de relatório médico- A condição clínica deve lastrear a validação do auditor autorizador em internação day.**
6. **EM PRESTADORES DAY- O TEMPO DE PERMANÊNCIA NÃO DEVE SER AQUÉM DE 06 h.**

7. Todos os Valores Referencias do segmento de Dermatologia, necessitam de autorização prévia.

14. SEGMENTO DE GINECOLOGIA

14.1 AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA

Ginecologia é a especialidade médica que trata das doenças do aparelho reprodutor feminino. A avaliação ginecológica periódica é fundamental para a prevenção e diagnóstico precoce das diversas patologias ginecológicas e todas as mulheres devem ser incentivadas a realizar acompanhamento rotineiro.

Com o intuito de adequar a remuneração ao modelo de valor referencial utilizado pelo Planserv, os procedimentos ambulatoriais de prevenção ginecológica foram agrupados no formato de Valor Referencial Ambulatorial.

INCLUSÃO:

- No valor do pacote já estão inclusos: Os procedimentos, serviços médicos e insumos necessários à realização do procedimento;

HONORÁRIOS MÉDICOS:

- Para cálculo dos honorários médicos (HM) e dos procedimentos de apoio a diagnóstico utilizamos como referência o ROL de Procedimentos Médicos do Planserv:

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA
CÓDIGO	8450103-7
PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS NESTE VALOR REFERENCIAL	
CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO
45010170	Coleta E Citologia Do Exame A Fresco Cérvico-Vaginal + citologia oncótica e inflamatória/microflora
45010021	Colposcopia
45010188	Vulvoscopia
00014501	Consulta ginecológica
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
HONORÁRIOS MÉDICOS	135,20
TOTAL DO PACOTE	135,20

ORIENTAÇÕES:

- Para realização deste procedimento o prestador deverá solicitar autorização prévia ao Planserv, que será “Eletrônica”;
- Este Valor Referencial deverá ser parametrizado para realização 1 vez ao ano.
 - Quando houver necessidade de realização deste procedimento em intervalo inferior, com a devida justificativa clínica (EX: Sangramento fora das menstruações ou fluxo menstrual muito intenso, sangramento após a menopausa, irritação ou coceira na região genital, corrimento vaginal, dor e sangramento durante a relação sexual, surgimento de lesões [manchas, verrugas ou vermelhidão na vulva]), o prestador deverá solicitar ré-análise, anexando relatório médico informando a justificativa para realização do procedimento em intervalo inferior ao padronizado. Este processo será objeto de apreciação da equipe técnica do Planserv;
- Quando utilizado e cobrado este pacote, não poderá haver cobrança concomitante de qualquer dos serviços neles contidos (a saber: consulta, citologia, microflora, colposcopia ou vulvosscopia), tão pouco no período de recorrência do mesmo (a exemplo da consulta que tem prazo de 30 dias);
- Prestadores que utilizarem e cobrarem este pacote serão integralmente responsáveis pelo conjunto de serviços neles contido. Os prestadores credenciados ao Planserv e habilitados para este pacote, que eventualmente terceirizam parte dos procedimentos (a exemplo da citologia e da microflora), serão totalmente e somente responsáveis, pelo fluxo dos materiais, resultado diagnóstico, e repasse a estes terceiros. O Planserv e suas beneficiárias não poderão ser responsabilizados por quaisquer problemas decorrentes desta relação;
 - Ressalta-se ainda que uma vez tendo sido utilizado e cobrado este pacote, os exames neles contidos, não poderão ser cobrados nem pelo mesmo prestador, nem outro prestador (Exemplo: Um prestador cobra o pacote, mas encaminha a citologia ou microflora para ser cobrado em um outro prestador de patologia clínica ou anatomia patológica.
- Nas situações onde a paciente não necessitar do conjunto de serviços contidos neste pacote, o mesmo não deve ser utilizado/cobrado. Para estes casos os prestadores devem utilizar os códigos habituais da consulta ou procedimentos disponíveis no Rol de Procedimentos do Planserv;
- Mecanismos de controle pré e pós atendimento e faturamento serão utilizados pelo Planserv, para identificar eventuais distorções. Caso sejam identificadas cobranças indevidas, glosas (inclusive retroativas) poderão ser realizadas, suspensão do prestador ou mesmo descredenciamento do prestador.

14.2 HISTEROSALPINGOGRAFIA

A HISTEROSSALPINGOGRAFIA (HSG) é um procedimento diagnóstico radiológico, contrastado, que consiste na injeção de contraste através do colo uterino até as tubas, e registro radiográfico. Seu objetivo é avaliar a anatomia interna (luz) do útero e das trompas de falópio.

Este procedimento é particularmente útil na investigação da infertilidade de causa feminina, abortos espontâneos repetidos, e outras patologias ginecológicas, a saber:

- Má-formação uterina;
- Pólipos;
- Leiomiomas;
- Adenomiose;
- Útero uni ou bicorno;
- Útero didelfo;
- Sinéquias uterinas.
- Hidrossalpinge;
- Obstruções das trompas;
- Espasmos tubários.

Trata-se de um procedimento simples e rápido, realizado a nível ambulatorial, sem a necessidade de internação hospitalar. Este exame está formalmente contra-indicado se houver suspeita de gravidez, câncer de colo ou do endométrio.

A HISTEROSALPINGOGRAFIA está coberta pelo Planserv por valor referencial, onde todos os custos já estão incluídos. Não poderão ser cobrados nenhum custo adicional ao pacote.

Uma vez que se trata de procedimento eletivo, o mesmo não poderá ser autorizado para unidades de emergência. Para realização do mesmo, o prestador deverá emitir solicitação prévia e aguardar autorização do Planserv. A solicitação de autorização deve conter o registro do pedido médico com relatório justificando tecnicamente a solicitação do exame.

Este procedimento é coberto pelo Planserv sob sedação e assistência anestesiológica. Estão autorizados a realizar estes procedimentos prestadores já credenciados nas especialidades de ginecologia e/ou radiologia que demonstrarem aptidão para realização deste procedimento.

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL	
NOME DO PROCEDIMENTO	HISTEROSALPINGOGRAFIA
CÓDIGO	83.20.907-7
PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS NESTE VALOR REFERENCIAL	
CÓDIGO	NOME DO PROCEDIMENTO
40809030	Histerosalpingografia (32090072)
16080050	Anestesia eventual para procedimentos diagnósticos - sem porte na tabela
	Custo Operacional (Inclui filme ou documentação gráfica)
	Taxa de Sala de Procedimentos Ambulatoriais
	Insumos (Material e Medicamentos)
SEGMENTAÇÃO E VALORAÇÃO DO PACOTE (R\$)	
CUSTO OPERACIONAL	149,36
HONORÁRIOS MÉDICOS	240,78
TOTAL DO PACOTE	390,14

15. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY C	DAY B	DAY A
POLISSONOGRAFIA	-	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7	82.90.219-7
	-	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00	396,00
HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL (POR SESSÃO)	-	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7	81.50.203-7
	-	338,54	338,54	338,54	338,54	338,54	338,54	338,54	338,54	338,54
HEMODIÁLISE CRÔNICA AMBULATORIAL- PARA PACIENTES COM SOROLOGIAS POSITIVAS (POR SESSÃO)	-	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7	81.50.202-7
	-	357,63	357,63	357,63	357,63	357,63	357,63	357,63	357,63	357,63
LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA	85.60.346-8	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7	85.60.346-7
	165,00	624,92	624,92	624,92	624,92	624,92	624,92	624,92	624,92	624,92
LIQUOROLOGIA COMPLETA	-	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7	82.80.900-7
	-	481,69	481,69	481,69	481,69	481,69	481,69	481,69	481,69	481,69
MANOMETRIA ANORRETAL COMPUTADORIZADA	-	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7	84.30.423-7
	-	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00
ESOFAGOMANOMETRIA	-	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7	84.30.135-7
	-	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00	252,00
BIOFEEDBACK – ANORETAL POR EMG (POR SESSÃO)	-	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7	82.50.111-7
	-	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00
BIOFEEDBACK – URINÁRIA POR EMG (POR SESSÃO)	-	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7	82.50.190-7
	-	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00	60,00

PROCEDIMENTO	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY C	DAY B	DAY A
BLOQUEIOS DE NERVOS/PONTOS DE GATILHOS (QUALQUER TIPO – ÚNICO OU MÚLTIPLO)	-	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7	81.60.193-7
	-	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00	120,00
BLOQUEIO EPIDURAL	-	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7	81.60.105-7
	-	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
BLOQUEIO OU ANALGESIA POR VIA VENOSA	-	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7	81.60.108-7
	-	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00	160,00
CAPD-DIÁLISE PERITONEAL AMBULATORIAL CONTÍNUA (POR SESSÃO)	-	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7	81.50.205-7
	-	411,92	411,92	411,92	411,92	411,92	411,92	411,92	411,92	411,92
CAPD – DIÁLISE PERITONIAL AMBULATORIAL CONTÍNUA - TREINAMENTO (P/SESSÃO ATÉ 09 DIAS)	-	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7	81.50.206-7
	-	321,51	321,51	321,51	321,51	321,51	321,51	321,51	321,51	321,51
DPA – DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA (POR SESSÃO)	-	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7	81.50.290-7
	-	411,93	411,93	411,93	411,93	411,93	411,93	411,93	411,93	411,93
DPA – DIÁLISE PERITONIAL AUTOMATIZADA - TREINAMENTO (P/SESSÃO ATÉ 09 DIAS)	-	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7	81.50.291-7
	-	384,23	384,23	384,23	384,23	384,23	384,23	384,23	384,23	384,23

PROCEDIMENTO	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY C	DAY B	DAY A
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (COM AGULHA GROSSA) OU CORE BIOPSY – GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA	-	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7	84.70.133-7
	-	413,59	413,59	413,59	413,59	413,59	413,59	413,59	413,59	413,59
BIÓPSIA PERCUTÂNEA DE FRAGMENTO MAMÁRIO (COM AGULHA GROSSA) OU CORE BIÓPSY – GUIADO POR ESTEREOTAXIA	-	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7	84.70.180-7
	-	486,60	486,60	486,60	486,60	486,60	486,60	486,60	486,60	486,60
PAAF OU INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (PARA ROLL) GUIADO POR ESTEREOTAXIA	-	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7	84.70.181-7
	-	380,60	380,60	380,60	380,60	380,60	380,60	380,60	380,60	380,60
PUNÇÃO MAMÁRIA PARA INJEÇÃO DE RADIOISÓTOPO (ROLL) GUIADO POR ULTRASSONOGRRAFIA	-	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7	84.70.182-7
	-	307,59	307,59	307,59	307,59	307,59	307,59	307,59	307,59	307,59
RETINOGRRAFIA SIMPLES - BINOCULAR	-	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7	85.00.112-7
	-	40,46	40,46	40,46	40,46	40,46	40,46	40,46	40,46	40,46
RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE - BINOCULAR	-	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7	85.00.113-7
	-	171,75	171,75	171,75	171,75	171,75	171,75	171,75	171,75	171,75

PROCEDIMENTO	CODIFICAÇÃO	HONORÁRIO MÉDICO	CUSTO OPERACIONAL
ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 1 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES	84.20.090-7	46,80	66,50
ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA – NÍVEL 2 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES	84.20.091-7	97,50	82,50
ATENDIMENTO INTERVENCIONISTA EM DERMATOLOGIA - NÍVEL 3 - ATÉ 10 LESÕES/SESSÕES	84.20.092-7	175,50	112,50
AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA	84.50.103-7	135,20	-
HISTEROSALPINGOGRAFIA	83.20.907-7	240,78	149,36