

AGOSTO

2017

Valor Referencial

OFTALMOLOGIA

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
OFTALMOLOGIA
ATUALIZAÇÃO
AGOSTO/ 2017**

Governador do Estado

RUI COSTA DOS SANTOS

Secretário da Administração

EDELVINO DA SILVA GÓES 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. LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO
AUDITORA MÉDICA

DRA. LIVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA

LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento: OFTALMOLOGIA 2ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2017.

P 30.

1. Elaboração do Valor Referencial: OFTALMOLOGIA. PLANSERV.

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	06
2. OBJETIVO	06
3. JUSTIFICATIVA	06
4. MATERIAL	06
5. MÉTODO	07
6. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES	07
7. CONTROLE E AUDITORIA	07
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS	08
9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS	14
9.1 FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO (C/ OU S/ FACOEMULSIFICAÇÃO).....	14
9.2 FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA.....	16
9.3 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL.....	18
9.4 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL.....	20
9.5 EXÉRESE DE PTERÍGIO – QUALQUER TÉCNICA.....	22
9.6 CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA COM OU SEM IMPLANTE VALVULAR.....	24
9.7 EXÉRESE DE CALÁZIO.....	26
9.8 VITRECTOMIA + RETINOPEXIA + ENDOLASER.....	28
10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS	30

VALOR REFERENCIAL EM OFTALMOLOGIA

1. APRESENTAÇÃO

A Oftalmologia é a especialidade médica cirúrgica capacitada para o estudo e tratamento de patologias relacionadas à visão, à refração e aos olhos e seus anexos. A oftalmologia tem várias sub-especialidades, dentre as quais podemos citar a oftalmopediatria, a plástica ocular, o glaucoma e retina e vítreo. Essa especialidade envolve um grande número de procedimentos e significativo dispêndio de recursos financeiros.

2. OBJETIVO

- Elaborar novos valores referenciais em OFTALMOLOGIA;
- Esclarecer e detalhar situações, ajudando na compreensão e aplicação dos valores referenciais, principalmente nos setores de auditoria e autorização.

3. JUSTIFICATIVA

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 inconteste 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

Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- Banco de dados do TOP SAÚDE – Planserv;
- Tabela CBHPM 4ª Edição – 2005 – CFM;
- Pesquisa de preços: Cotação, Simpro, Brasíndice e informações do Mercado Suplementar;
- Tabela Sintética Planserv;
- Tabela de Procedimentos Médicos Planserv (que faz referência à tabela AMB 92);
- Manual de Ajustes de Condutas da FECOOESO.

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 resumem 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;
- 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 HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Todos os prestadores contratados por edital de credenciamento na especialidade de oftalmologia;
- Prestador referenciado na especialidade de oftalmologia (até o momento de contratualização da rede);
- OBS: Prestadores contratados em oftalmologia estão automaticamente habilitados aos valores referenciais. Estes prestadores se não puderem ou quiserem realizar estes valores referenciais, terão que comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizar estes procedimentos;
- Prestadores habilitados, contratados ou referenciados, que não encaminharem ofício de não aceitação, não poderão se negar a realizar estes procedimentos.

7. 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).

8. 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 têm mesmo preço para planos básicos (enfermarias) e planos especiais (apartamentos). Os preços de serviços hospitalares estão proporcionalizados de acordo com 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:

- Para as diárias de unidade aberta foi usada uma diária denominada “Diária de unidade composta”, que 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 e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
- Para precificação de Honorário Médico foi usada CBHPM 4ª Edição;
- As contas de pacotes não podem ser cobradas juntamente com períodos de conta em formatação aberta. Se o 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;
- Em casos de cirurgias intra-oculares o Planserv não autorizará procedimento bilateral para o mesmo paciente no mesmo ato cirúrgico, podendo o mesmo ser submetido ao procedimento contralateral em momento distinto, conforme recomendação da FECOOESO e SBO. O mesmo não se aplica às cirurgias extra-oculares quando realizados simultaneamente
- **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro “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, anestesiologia e demais profissionais envolvidos na assistência, 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 intercorrência 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. Esta tabela subtrai apenas os itens inclusos especificamente nas diárias não utilizadas;
- 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 – (Não Associados):** Quando houver mais de um procedimento (ou mesmo bilateralidade), onde ambos os procedimentos estariam previstos por valor referencial (completo), 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 se pagando 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 compõem a internação. Na impossibilidade de manter o formato de pacote, o Planserv poderá autorizar os procedimentos em formato de conta aberta;
 - **Dois Valores Referenciais Associados:** Em situações específicas o Planserv publica Valores Referenciais com o propósito de serem autorizados complementarmente a outros - exemplos: Nas neurocirurgias como “Tratamento do Hematoma Craniano” ou “Tratamento de Tumores Cerebrais”, são comuns a realização conjunta da instalação de “DVE – Drenagem Ventrículo-peritonial” e “PIC - Instalação de cateter Intra-craniano” , nestes casos o Planserv elaborou Valores Referenciais “Procedimentos-Associados”, com a finalidade de serem autorizados de forma complementar aos procedimentos principais. Nestas situações o prestador deve cobrar ambos os pacotes de forma integral (o principal e o associado);
 - **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 por pacote poderá ser cobrado adicional ou complementar ao valor referencial (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 alta 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 alta após o período de diárias previsto 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 utiliza 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 prevêem a utilização desta acomodação;

CODIFICAÇÃO DO VR E PAGAMENTO DE HONORÁRIOS MÉDICOS: Com o propósito de criar ferramentas que permitam a remuneração dos honorários médicos por suas respectivas empresas credenciadas, fez-se necessário promover uma estruturação diferenciada na codificação dos valores referenciais. Desta forma, a nova codificação dos Valores Referenciais obedecerá à seguinte lógica:

- **O último dígito** de cada valor referencial identificará para quem será creditado aquele valor referencial, sendo:
 - Quando o último dígito for 9, o código faz referência à remuneração dos honorários da equipe cirúrgica;
 - Quando o último dígito for 8, o código faz referência à remuneração dos honorários de anestesiologia;
 - Quando o último dígito for 7, o código faz referência à remuneração das unidades prestadoras de serviços (Hospitais).

- **NOTA:** Diferente da estrutura de codificação anterior, onde cada unidade prestadora (hospital) tinha códigos diferentes de acordo sua classificação hospitalar da Tabela Sintética (o último dígito diferenciava a classificação do prestador, sendo 1 para classe A, 2 para Classe B, até 6 para prestadores classe F), esta nova estrutura de classificação permite que o Planserv remunere com valores diferentes o mesmo código de procedimento. Portanto, todas as unidades prestadoras utilizarão o mesmo código, inclusive as unidades de Hospital Dia (Todos terão o último dígito 7);

- **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):

O procedimento de Oftalmologia será realizado por um oftalmologista que tem credenciamento de sua pessoa jurídica juntamente ao Planserv num hospital de classe **B**, cuja equipe de anestesiologia tem cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

84.70.110-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
84.70.110-8	CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
84.70.110-9	CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv irá creditar a parte hospitalar referente ao primeiro código (último dígito igual a 7) para o CNPJ do hospital; já o segundo código que trata do honorário de anestesiologia (último dígito 8) será creditado para a cooperativa de anestesiologia; enquanto que o último código que trata de honorários da equipe cirúrgica (último dígito 9) será creditado para a pessoa jurídica da equipe cirúrgica.

NOTA: Se no mesmo exemplo acima, não for informado o CNPJ do oftalmologista ou da cooperativa de anestesiologia, o Planserv autorizará todos os três códigos para o CNPJ do hospital (ver exemplo abaixo), e neste caso o repasse do honorário médico será da inteira responsabilidade do hospital.

84.70.110-7	CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte do Hospital)
-------------	--

84.70.110-8 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesiologia)

84.70.110-9 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Cirúrgicos)

- 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 anestesiologia em branco ou ilegível, a autorização será preenchida com o CNPJ do Hospital (conforme exemplo comentado);
- O código referente à parte **HOSPITALAR** (último dígito 7) 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.

9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL									
NOME DO PROCEDIMENTO		FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO (C/ OU S/ FACOEMULSIFICAÇÃO)							
Código	Unidade Hospitalar	Código - Honorários Cirúrgicos			Código - Honorários de Anestesiologia				
(Parte do prestador)									
	85.00.604-7	85.00.604-9			85.00.604-8				
DIÁRIAS									
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA DAY (ABERTA)			1				
<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 acomodados em apartamentos. 									
HONORÁRIOS MÉDICOS									
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO				Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação				10A	100%	1	5	0%
TAXAS E GASES									
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles Taxa de Sala Porte 05. 									
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 e gabarito de insumos. 									
OPME									
<ul style="list-style-type: none"> Este Procedimento contempla o uso de 01 Kit Faco descartável e 01 Lente Acrílica Dobrável (03 peças ou peça única). 									
OBS									
Para que seja autorizado o procedimento de FACECTOMIA pelo Planserv será necessário que o prestador encaminhe:									
<ul style="list-style-type: none"> Solicitação do procedimento com história clínica. Registro da acuidade visual. Mapeamento da retina (se cristalino transparente) ou Ecografia (quando mapeamento for impossível – cristalino opaco). <ul style="list-style-type: none"> Nota: Estes dois exames são excludentes. Quando realizada a ecografia será necessário anexar laudo do exame. Biometria ultrassônica (anexar laudo do exame - o registro gráfico do resultado impresso pelo equipamento atende). Microscopia especular da córnea (anexar laudo do exame - o registro gráfico do resultado impresso pelo equipamento atende). Em situações especiais outros exames podem ser adicionalmente necessários. Em situações especiais o paciente poderá ser encaminhado a segunda opinião. 									

COMPOSIÇÃO FINAL

FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	180,00	320,00	330,00	420,00	510,00	510,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	355,42	355,42	355,42	355,42	355,42	355,42
Materiais	350,69	350,69	350,69	350,69	350,69	350,69
OPME	683,18	683,18	683,18	683,18	683,18	683,18
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.626,79	1.782,79	1.795,99	1.888,19	1.981,19	1.983,29
Honorários Médicos da Equipe	728,00	728,00	728,00	728,00	728,00	728,00
HM do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00	340,00
Total (Com Honorários Médicos)	2694,79	2.850,79	2.863,99	2.956,19	3.049,19	3.051,29

FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO – Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	160,00	300,00	440,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	355,42	355,42	355,42
Materiais	350,69	350,69	350,69
OPME	683,18	683,18	683,18
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.606,79	1.763,29	1.913,29
Honorários Médicos da Equipe	728,00	728,00	728,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	340,00	340,00	340,00
Total (Com Honorários Médicos)	2.674,79	2.831,29	2.981,29

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA C/ OU S/ IMPLANTE VALVULAR	
Código Unidade Hospitalar (Parte do prestador)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.00.690-7	85.00.690-9	85.00.690-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA DAY (ABERTA)	1
-----	---	-------------------------------	---

- 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 acomodados em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	10A	100%	1	5	0%
30310040	Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares	8C	70%	1	4	0%

TAXAS E GASES

- Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles Taxa de Sala Porte 05.

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 e gabarito de insumos.

OPME

- Este Procedimento contempla o uso de 01 Kit Faco descartável e 01 Lente Acrílica Dobrável (03 peças ou peça única).

OBS

- Os honorários médicos referentes ao código de "Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares" estão contemplados no pacote, mesmo que a cirurgia antiglaucomatosa não necessite de implante valvular. Caso seja necessário o uso deste, o mesmo deverá ser cobrado de forma complementar ao pacote (código do material: 90002915) e será remunerado com o valor de R\$ 2.709,28.
- Para que seja autorizado o procedimento de FACECTOMIA pelo Planserv será necessário que o prestador encaminhe:
 - Solicitação do procedimento com história clínica.
 - Registro da acuidade visual.
 - Mapeamento da retina (se cristalino transparente) ou Ecografia (quando mapeamento for impossível – cristalino opaco).
 - Nota: Estes dois exames são excludentes.
 - Quando realizada a ecografia será necessário anexar laudo do exame.
 - Biometria ultrassônica (anexar laudo do exame - o registro gráfico do resultado impresso pelo equipamento atende).
 - Microscopia especular da córnea (anexar laudo do exame - o registro gráfico do resultado impresso pelo equipamento atende).
 - Em situações especiais outros exames podem ser adicionalmente necessários.
 - Em situações especiais o paciente poderá ser encaminhado a segunda opinião.

COMPOSIÇÃO FINAL

FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA C/ OU S/ IMPLANTE VALVULAR

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	180,00	320,00	330,00	420,00	510,00	510,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	435,87	435,87	435,87	435,87	435,87	435,87
Materiais	531,23	531,23	531,23	531,23	531,23	531,23
OPME	683,18	683,18	683,18	683,18	683,18	683,18
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.887,78	2.043,78	2.056,98	2.149,18	2.242,18	2.244,28
Honorários Médicos da Equipe	1.099,28	1.099,28	1.099,28	1.099,28	1.099,28	1.099,28
HM do Anestesiologista	494,00	494,00	494,00	494,00	494,00	494,00
Total (Com Honorários Médicos)	3481,06	3.637,06	3.650,26	3.742,46	3.835,46	3.837,56

FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA C/ OU S/ IMPLANTE VALVULAR – Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	160,00	300,00	440,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	435,87	435,87	435,87
Materiais	531,23	531,23	531,23
OPME	683,18	683,18	683,18
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.867,78	2.024,28	2.174,28
Honorários Médicos da Equipe	1.099,28	1.099,28	1.099,28
Honorários Médicos do Anestesiologista	494,00	494,00	494,00
Total (Com Honorários Médicos)	3.461,06	3.617,56	3.767,56

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO		CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL				
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia		
85.01.310-7		85.01.310-9		85.01.310-8		
DIÁRIAS						
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA DAY (ABERTA)			1	
<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 acomodados em apartamentos. 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30301181	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral	7A	100%	1	2	0%
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles Taxa de Sala Porte 02. 						
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 e gabarito de insumos. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este pacote não contempla OPME. 						
OBSº						
<ul style="list-style-type: none"> Para autorização deste procedimento, é necessária a realização prévia de perícia médica. 						

COMPOSIÇÃO FINAL

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	65,00	120,00	120,00	155,00	185,00	185,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	99,00	99,00	99,00	99,00	99,00	99,00
Materiais	297,00	297,00	297,00	297,00	297,00	297,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	518,50	589,50	592,70	629,90	662,90	665,00
Honorários Médicos da Equipe	338,00	338,00	338,00	338,00	338,00	338,00
HM do Anestesiologista	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Total (Com Honorários Médicos)	956,50	1.027,50	1.030,70	1.067,90	1.100,90	1.103,00

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL– Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	60,00	115,00	170,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	99,00	99,00	99,00
Materiais	297,00	297,00	297,00
OPME	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	513,50	585,00	650,00
Honorários Médicos da Equipe	338,00	338,00	338,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	100,00	100,00	100,00
Total (Com Honorários Médicos)	951,50	1.023,00	1.088,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO		CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL				
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia		
85.01.390-7		85.01.390-9		85.01.390-8		
DIÁRIAS						
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA DAY (ABERTA)			1	
<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 acomodados em apartamentos. 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30301181	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral	7A	100%	1	2	0%
30301181	Ptose palpebral - correção cirúrgica - unilateral	7A	70%	1	2	0%
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles Taxa de Sala Porte 02. 						
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 e gabarito de insumos. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este pacote não contempla OPME. 						
OBSº						
<ul style="list-style-type: none"> Para autorização deste procedimento, é necessária a realização prévia de perícia médica. 						

COMPOSIÇÃO FINAL

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	65,00	120,00	120,00	155,00	185,00	185,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	103,95	103,95	103,95	103,95	103,95	103,95
Materiais	311,85	311,85	311,85	311,85	311,85	311,85
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	538,30	609,30	612,50	649,70	682,70	684,80
Honorários Médicos da Equipe	574,60	574,60	574,60	574,60	574,60	574,60
HM do Anestesiologista	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00	170,00
Total (Com Honorários Médicos)	1.282,90	1.353,90	1.357,10	1.394,30	1.427,30	1.429,40

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL– Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	60,00	115,00	170,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	103,95	103,95	103,95
Materiais	311,85	311,85	311,85
OPME	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	533,30	604,80	669,80
Honorários Médicos da Equipe	574,60	574,60	574,60
Honorários Médicos do Anestesiologista	170,00	170,00	170,00
Total (Com Honorários Médicos)	1.277,90	1.349,40	1.414,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	EXÉRESE DE PTERÍGIO – QUALQUER TÉCNICA	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.00.303-7	85.00.303-9	85.00.303-8

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30303060	Pterígio - exérese	3C	100%	0	1	0%
30304059	Recobrimento conjuntival	3C	50%	0	0	0%

TAXAS E GASES

- Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 0.

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 e gabarito de insumos.

OPME

- Este pacote não contempla OPME.

OBSº

- Não foram contempladas diárias neste pacote, pois o procedimento está previsto para realização em ambiente ambulatorial (foram contempladas taxa de sala de procedimentos ambulatoriais e taxa de sala de observação pós-cirúrgica).
- O procedimento não está previsto para realização em ambiente Day.**

COMPOSIÇÃO FINAL**EXÉRESE DE PTERÍGIO QUALQUER TÉCNICA**

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Taxas	100,00	105,00	115,00	120,00	130,00	135,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Materiais	196,91	196,91	196,91	196,91	196,91	196,91
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	336,91	341,91	351,91	356,91	366,91	371,91
Honorários Médicos da Equipe	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00
HM do Anestesiologista	69,00	69,00	69,00	69,00	69,00	69,00
Total (Com Honorários Médicos)	555,91	560,91	570,91	575,91	585,91	590,91

EXÉRESE DE PTERÍGIO QUALQUER TÉCNICA – Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Taxas	100,00	115,00	130,00
Medicamentos	40,00	40,00	40,00
Materiais	196,91	196,91	196,91
Sub-Total (Parte Hospitalar)	336,91	351,91	366,91
Honorários Médicos da Equipe	150,00	150,00	150,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	69,00	69,00	69,00
Total (Com Honorários Médicos)	555,91	570,91	585,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO		CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA COM OU SEM IMPLANTE VALVULAR				
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia		
85.01.003-7		85.01.003-9		85.01.003-8		
DIÁRIAS						
UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	DAY	1		
<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 acomodados em apartamentos. 						
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30310040	Cirurgias fistulizantes com implantes valvulares	8C	100%	1	4	0%
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 04. 						
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 e gabarito de insumos. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este pacote não contempla OPME. Caso seja necessário o uso de implante valvular, este deverá ser cobrado de forma complementar ao pacote (código do material: 90002915) e será remunerado com o valor de R\$ 2.800,00 						
OBSº						
<ul style="list-style-type: none"> Os honorários médicos referem-se ao código "Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares", mesmo que o procedimento não requeira o uso de implante valvular. 						

COMPOSIÇÃO FINAL

CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA COM OU SEM IMPLANTE VALVULAR

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	170,00	270,00	275,00	340,00	400,00	400,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	170,03	170,03	170,03	170,03	170,03	170,03
Materiais	346,39	346,39	346,39	346,39	346,39	346,39
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	743,92	859,92	868,12	935,32	998,32	1.000,42
Honorários Médicos da Equipe	530,40	530,40	530,40	530,40	530,40	530,40
HM do Anestesiologista	220,00	220,00	220,00	220,00	220,00	220,00
Total (Com Honorários Médicos)	1.494,32	1.610,32	1.618,52	1.685,72	1.748,72	1.750,82

CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA COM OU SEM IMPLANTE VALVULAR– Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	160,00	260,00	360,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	170,03	170,03	170,03
Materiais	346,39	346,39	346,39
OPME	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	733,92	850,42	960,42
Honorários Médicos da Equipe	530,40	530,40	530,40
Honorários Médicos do Anestesiologista	220,00	220,00	220,00
Total (Com Honorários Médicos)	1.484,32	1.600,82	1.710,82

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL						
NOME DO PROCEDIMENTO		EXÉRESE DE CALÁZIO				
Código Principal (Parte Hospitalar)		Código - Honorários Cirúrgicos		Código - Honorários de Anestesiologia		
85.01.305-7		85.01.305-9		Não Contempla		
HONORÁRIOS MÉDICOS						
CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30301041	Calázio	2B	100%	0	0	0%
TAXAS E GASES						
<ul style="list-style-type: none"> Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 0. 						
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 e gabarito de insumos. 						
OPME						
<ul style="list-style-type: none"> Este pacote não contempla OPME. 						
OBSº						
<ul style="list-style-type: none"> Não foram contempladas diárias neste pacote, pois o procedimento está previsto para realização em ambiente ambulatorial (foram contempladas taxa de sala de procedimentos ambulatoriais e taxa de sala de observação pós-cirúrgica). O procedimento não está previsto para realização em ambiente Day. 						

COMPOSIÇÃO FINAL

EXÉRESE DE CALÁZIO

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Taxas	60,00	65,00	75,00	80,00	90,00	95,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Materiais	55,49	55,49	55,49	55,49	55,49	55,49
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	155,49	160,49	170,49	175,49	185,49	190,49
Honorários Médicos da Equipe	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00	42,00
HM do Anestesiologista	-	-	-	-	-	-
Total (Com Honorários Médicos)	197,49	202,49	212,49	217,49	227,49	232,49

EXÉRESE DE CALÁZIO – Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Taxas	60,00	75,00	90,00
Medicamentos	40,00	40,00	40,00
Materiais	55,49	55,49	55,49
Sub-Total (Parte Hospitalar)	155,49	170,49	185,49
Honorários Médicos da Equipe	42,00	42,00	42,00
Honorários Médicos do Anestesiologista	-	-	-
Total (Com Honorários Médicos)	197,40	212,49	227,49

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	VITRECTOMIA + RETINOPEXIA + ENDOLASER	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.01.404-7	85.01.404-9	85.01.404-8

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA DAY (ABERTA)	1
-----	---	-------------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermagem, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodados em apartamentos.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30307120	Vitrectomia vias pars plana	9C	100	1	5	0%
30307031	Endolaser/Endodiatermia	5A	45	1	3	0%
30312086	Retinopexia com introflexão escleral	9B	25	1	5	0%

- Para a composição dos honorários médicos deste pacote, consideramos que o endolaser é realizado em 90% dos casos e a retinopexia em 50%. Como trata-se de cirurgias com mesma via de acesso, a vitrectomia (procedimento principal) será remunerada em 100% e os outros dois procedimentos, em 50%. Como já citado, os procedimentos secundários foram proporcionalizados e, desta forma, chegamos ao percentual de 45% (90% X 50%) para endolaser e de 25% (50% X 50%) para a retinopexia.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas e serviços foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05 e Taxa de Sala Complementar Porte 05.

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 e gabarito de insumos.

OPME

- Contemplado Kit para vitrectomia (100% dos casos), sonda para endolaser (90% dos casos) e pneu de silicone (50% dos casos).

OBSº

- Caso seja necessária também a realização de implante de óleo de silicone, o código referente a este procedimento deverá ser cobrado de forma aberta (código 50070045 – Implante de Silicone Intra-Vítreo), conforme tabela Planserv de honorários. O óleo de silicone poderá ser cobrado complementarmente ao pacote e será remunerado com o valor de R\$ 224,67.

COMPOSIÇÃO FINAL

VITRECTOMIA + RETINOPEXIA + ENDOLASER

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	57,50	73,50	76,70	78,90	81,90	84,00
Taxas	238,00	392,00	403,00	502,00	601,00	601,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	-	-	-	-	-	-
Medicamentos	570,42	570,42	570,42	570,42	570,42	570,42
Materiais	1.066,68	1.066,68	1.066,68	1.066,68	1.066,68	1.066,68
OPME	1.676,76	1.676,76	1.676,76	1.676,76	1.676,76	1.676,76
Sub-Total (Parte Hospitalar)	3.609,36	3.779,36	3.793,56	3.894,76	3.996,76	3.998,86
Honorários Médicos da Equipe	929,50	929,50	929,50	929,50	929,50	929,50
HM do Anestesiologista	499,00	499,00	499,00	499,00	499,00	499,00
Total (Com Honorários Médicos)	5.037,86	5.207,86	5.222,06	5.323,26	5.425,26	5.427,36

VITRECTOMIA + RETINOPEXIA + ENDOLASER– Hospital Dia

SEGMENTO DA CONTA	Day C	Day B	Day A
Diárias	57,50	74,00	84,00
Taxas	216,00	370,00	524,00
SADT	-	-	-
Gases	-	-	-
Medicamentos	570,42	570,42	570,42
Materiais	1.066,68	1.066,68	1.066,68
OPME	1.676,76	1.676,76	1.676,76
Sub-Total (Parte Hospitalar)	3.587,36	3.757,86	3.921,86
Honorários Médicos da Equipe	929,50	929,50	929,50
Honorários Médicos do Anestesiologista	499,00	499,00	499,00
Total (Com Honorários Médicos)	5.015,86	5.186,36	5.350,36

10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A	DAY C	DAY B	DAY A	AMBULATORIO
FACECTOMIA COM IMPLANTE DE LIO (C/ OU S/ FACOEMULSIFICAÇÃO)	85.00.604-9	85.00.604-8	85.00.604-7									-
	728,00	340,00	1.626,79	1.782,79	1.795,99	1.888,19	1.981,19	1.983,29	1.606,79	1.763,29	1.913,29	-
FACECTOMIA + TRABECULECTOMIA	85.00.690-9	85.00.690-8	85.00.690-7									-
	1099,28	494,00	1.887,78	2.043,78	2.056,98	2.149,18	2.242,18	2.244,28	1.867,78	2.024,28	2.174,28	-
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL UNILATERAL	85.01.310-9	85.01.310-8	85.01.310-7									-
	338,00	100,00	518,50	589,50	592,70	629,90	662,90	665,00	513,50	585,00	650,00	-
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PTOSE PALPEBRAL BILATERAL	85.01.390-9	85.01.390-8	85.01.390-7									-
	574,60	170,00	538,30	609,30	612,50	649,70	682,70	684,80	533,30	604,80	669,80	-
EXÉRESE DE PTERÍGIO- QUALQUER TÉCNICA	85.00.303-9	85.00.303-8	85.00.303-7									85.00.303-7
	150,00	69,00	336,91	341,91	351,91	356,91	366,91	371,91	336,91	351,91	366,91	336,91
CIRURGIA ANTIGLAUCOMATOSA COM OU SEM IMPLANTE VALVULAR	85.01.003-9	85.01.003-8	85.01.003-7									-
	530,40	220,00	703,92	859,92	868,12	935,32	998,32	1.000,42	733,92	850,42	960,42	-
EXÉRESE DE CALÁZIO	85.01.305-9	85.01.305-8	85.01.305-7									85.01.305-7
	42,00	-	155,49	160,49	170,49	175,49	185,49	190,49	155,49	170,49	185,49	155,49
VITRECTOMIA + RETINOPEXIA + ENDOLASER	85.01.404-9	85.01.404-8	85.01.404-7									-
	929,50	499,00	3.609,36	3.779,36	3.793,56	3.894,76	3.996,76	3.998,86	3.587,36	3.757,86	3.921,86	-