

JULHO 2017

VALOR REFERENCIAL

CIRURGIA
REPARADORA

**VALOR REFERENCIAL
PROCEDIMENTO:
CIRURGIA REPARADORA
REVISÃO
JULHO 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. LÍVIA NERY FRANCO GUERREIRO COSTA
AUDITORA MÉDICA

Dra. LÚCIA DE BARROS FERREIRA NASCIMENTO
AUDITORA MÉDICA

ASSESSORIA TÉCNICA

LÍDICE CONCEIÇÃO ARAÚJO

BAHIA Secretaria da Administração
Elaboração Valor referencial Procedimento: CIRURGIA REPARADORA. 3ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2017.

p. 33

1. Revisão do Valor Referencial: **CIRURGIA REPARADORA**. PLANSERV.

Índice

1. APRESENTAÇÃO.....	05
2. OBJETIVO.....	10
3. JUSTIFICATIVA.....	10
4. MATERIAL.....	10
5. MÉTODO.....	11
6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES.....	11
7. CONTROLE AUDITORIA.....	11
8. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PROCEDIMENTOS.....	12
9. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REFERENCIAIS.....	19
9.01 RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO MIO-CUTÂNEO UNILATERAL – TARDIO	19
9.02 RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHO MIO-CUTÂNEO UNILATERAL – IMEDIATO	21
9.03 SIMETRIZAÇÃO DE MAMA CONTRA-LATERAL ISOLADA	23
9.04 SIMETRIZAÇÃO DE MAMA CONTRA-LATERAL PROC. ASSOCIADO	25
9.05 TRATAMENTO DA GIGANTOMASTIA BILATERAL.....	27
9.06 CORREÇÃO DA PTOSE MAMÁRIA PÓS BARIÁTRICA – BILATERAL	29
9.07 DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDOMEN EM AVENTAL POS CIRURGIA BARIÁTRICA.....	31
10. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS.....	33

1. APRESENTAÇÃO

CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA

O tratamento cirúrgico do câncer, em particular o câncer de mama, causa habitualmente algum grau de mutilação. Para atenuar os efeitos desta mutilação a medicina dispõe das cirurgias plásticas reparadoras. A cirurgia reparadora se propõe a reconstruir e/ou restaurar a mama feminina após a cirurgia de mastectomia ou quadrantectomia por câncer de mama.

O decreto estadual 9552/05 que regula a cobertura assistencial do Planserv aos seus beneficiários assegura a reconstrução mamária em sua Sessão II, Art. 16, como vemos abaixo:

SEÇÃO II: DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA

Art. 16 - Não estão cobertos pelo PLANSERV:

II - cirurgia plástica, tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou social – mesmo que justificados por uma causa médica – **exceto quando necessários à restauração das funções de algum órgão ou membro decorrente de tratamento cirúrgico de neoplasia maligna e desde que comprovadas por laudo anatomopatológico;** (Grifo nosso).

Desta forma estão asseguradas as cirurgias reconstrutivas da mama, desde que sejam resultado do tratamento cirúrgico do câncer de mama, sendo elas: A Reconstrução Mamária completa pós Mastectomia, com retalho mio-cutâneo (Retos abdominais ou grande dorsal) ou próteses; Reconstrução Mamária pós Quadrantectomia; e a Simetrização da mama contra-lateral.

Sobre estas cirurgias:

- **Reconstrução Mamária:** A reconstrução mamária pode ser realizada no mesmo ato operatório que a mastectomia (Reconstrução Imediata) ou em num segundo momento (Reconstrução Tardia). Nesta cirurgia o cirurgião plástico pode utilizar retalhos miocutâneos, Próteses ou ambos. Nas reconstruções com retalhos a preferência habitual é a utilização da musculatura dos retos abdominais (mantendo seu pedículo neuro-vascular) e o tecido liposo e cutâneo sobrejacente. Outra alternativa (na impossibilidade dos retos abdominais) é a utilização do músculo grande dorsal com o tecido liposo e cutâneo sobrejacente.

NOTA: A cirurgia de Reconstrução Mamária não pode ser autorizada para pacientes submetidas à Quadrantectomia, sendo exclusiva das pacientes submetidas à mastectomia. Estes procedimentos são unilaterais, e realizadas pelo cirurgião plástico, portanto quando realizados em mesmo ato operatório da mastectomia (reconstrução imediata) deverá ser autorizado o Valor Referencial Reconstrução

Mamária Imediata. Quando for realizada em um segundo momento (outra internação) deve ser autorizado a Reconstrução Mamária Tardia;

- **Reconstrução Mamária Pós-Quadrantectomia:** Esta reconstrução é realizada em pacientes que foram submetidas à Quadrantectomia. Nesta cirurgia o cirurgião Plástico reconstrói a mama parcialmente mutilada, realizando a reconstrução com prótese ou com retalhos miocutâneos. Considerando que as Quadrantectomias são bastante seletivas, e retiram um segmento bem menor que a mastectomia (habitualmente menos de ¼ do volume mamário), e considerando ainda que a Reconstrução Cutânea realizada pelo próprio mastologista contribui bastante para o melhor resultado estético pós Quadrantectomia, a Reconstrução Mamária pós Quadrantectomia tem-se tornado cada vez menos freqüente.

NOTA IMPORTANTE: É importante diferenciar a RECONSTRUÇÃO CUTÂNEA realizada pelo mastologista, que é um procedimento onde o próprio mastologista faz um tratamento especial das bordas cirúrgicas com descolamento de tecido e às vezes rotação de retalho cutâneo, com a RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-QUADRANTECTOMIA que é um procedimento realizado pelo cirurgião plástico e envolve utilização de retalhos mio-cutâneos ou prótese. A RECONSTRUÇÃO CUTÂNEA faz parte do Valor Referencial pago ao mastologista (Já está contemplado proporcionalmente dentro do pacote) e não cabe autorização complementar deste código em nenhuma situação;

- **Simetrização da Mama Contra-Lateral:** Como o próprio nome já indica, este procedimento não é realizado na mama mutilada, mas sim na mama sadia contra-lateral. Este procedimento é necessário quando uma paciente é submetida a Mastectomia, e mesmo tendo realizado uma reconstrução mâmica, a cirurgia tenha promovido um desequilíbrio ou assimetria em relação à mama contra-lateral (ocorrendo com maior freqüência com pacientes de mamas mais volumosas). Neste caso o cirurgião plástico faz uma cirurgia na mama sadia, com o propósito de ajustar o volume mamário em relação à mama contra-lateral. Este procedimento pode ser realizado no mesmo ato da Mastectomia com Reconstrução (Imediata) ou numa segunda etapa, apenas associada a reconstrução (Tardia).

NOTA: O Valor Referencial anterior não contemplava a Prótese Mamária nas cirurgias de simetrização, uma vez que o propósito central era reduzir o volume da mama sadia, a fim de simetrizar com a mama reconstruída. Contudo, recebemos muitas solicitações dos cirurgiões Plásticos, para que o Planserv ofereça cobertura à prótese mesmo na mama simetrizada, com a finalidade de promover uma melhor adequação e simetria mâmica, aspecto de extrema relevância numa paciente que já está com o diagnóstico de câncer de mama. Considerando que a cobertura da prótese não fere a legislação, considerando inclusive que a legislação do Planserv assegura outras próteses para o tratamento do câncer, mesmo não relacionado com a reconstrução do órgão (como é o caso da prótese peniana para pacientes com disfunção erétil pós tratamento do câncer de

próstata), por todos estes motivos o Planserv passa a oferecer cobertura para prótese de mama na cirurgia de simetriação.

- **PRÓTESES MAMÁRIAS:** As próteses mamária autorizadas pelo Planserv são:
 - **Próteses Definitivas:** São próteses sem expansor, já com volume final definido no momento do ato operatório. As mais comuns são as próteses redonda e texturizada, a prótese ovalada ou anatômica e a prótese cônica. O Planserv autorizará a prótese através de um código de pacote (já com taxa de comercialização), com valor único. Ficará a critério do cirurgião e da paciente a escolha da prótese, desde que não seja cobrado valores complementares ao Planserv ou a paciente.
 - **Próteses Definitivas com expansor:** São próteses definitivas, pois uma vez colocadas não necessitam ser retiradas, mas são implantadas com um mínimo de volume (Tipo Becker). Pacientes mastectomizadas tardias, com pele rígida sem mobilização do retalho cutâneo, ou pacientes com dermatite actínica (resultado de radioterapias) que também não oferece uma boa distensão dos retalhos cutâneos, habitualmente não suportam o volume definitivo de uma prótese mamária. Estas pacientes eram eleitas para colocação de expansores cutâneos e somente após a distensão completa (diversas sessões progressivas de infiltração de solução salina dentro do expansor), eram submetidas a nova cirurgia para retirada do expansor e colocação de uma prótese definitiva. Com o advento das próteses definitivas com expansor, estas pacientes recebem as infiltrações de solução salina dentro da prótese através de um dispositivo subcutâneo até que a mesma atinja o volume ideal não sendo mais necessário re-operar ou retirar a prótese (alguns tipos de prótese pode requerer a extração do dispositivo subcutâneo de enchimento, que é um procedimento simples e ambulatorial). O Planserv autoriza, para as pacientes que preenchem os critérios clínicos citados acima, a prótese definitiva com expansor através de um código de pacote (já com taxa de comercialização), com valor único. Ficará a critério do cirurgião e da paciente a escolha da prótese, desde que não seja cobrado valores complementares ao Planserv ou a paciente.
 - **NOTA:** Os prestadores **NÃO** podem utilizar a prótese Definitiva com Expansor, apenas com o objetivo de ganhar volume de pele e depois substituí-la por uma prótese definitiva. Casos como este o cirurgião deve usar os expansores tradicionais, e posteriormente substituí-los por uma prótese definitiva. A utilização de prótese definitiva com expansor por período temporário, apenas para ganhar volume de pele, constitui uma não conformidade e poderá ser objeto de glosa, mesmo tendo sido autorizada previamente.

NOTA: Não é permitida a cobrança de honorários ou de materiais ou insumos extra-pacote ao Planserv ou a paciente. A identificação de cobranças indevidas sujeitará ao prestador a devidas sanções.

OUTROS PROCEDIMENTOS MAMÁRIOS NÃO RECONSTRUTIVAS COM COBERTURA PELO PLANSERV:

Conforme Decreto Estadual 11.257 de outubro de 2008, que altera (inclui cobertura) ao Decreto 9552, alguns procedimentos foram incluído no escopo da cobertura contratual do Planserv sendo:

Art. 1º - Fica acrescido ao art. 16 do Decreto nº 9.552, de 21 de setembro de 2005, o parágrafo único e respectivos incisos, com a seguinte redação:

“Art.16 - ...

Parágrafo único - As vedações previstas nos incisos II e III deste artigo não se aplicam aos casos descritos abaixo, quando atestados por perícia realizada por profissional do quadro do PLANSERV, com base em critérios técnicos e prazos previamente definidos pelo órgão:

I - **gigantomastia;**

II - **ginecomastia masculina;**

III - **abdômen em avental e ptose mamária** decorrentes de grande perda ponderal, com complicações clínicas, **após cirurgia bariátrica.**”

Diante do exposto o Planserv passou a oferecer cobertura (com critérios definidos) para as respectivas cirurgias que antes não faziam parte do Rol de sua cobertura.

Cabe ressaltar que:

- **A GIGANTOMASTIA** : Ou cirurgia de correção da Hipertrofia Mamária acentuada, ou ainda cirurgia redutora da mama, só é liberada com perícia prévia e desde que a paciente preencha os todos os critérios estabelecidos. Nesta cirurgia não cabe a reconstrução ou autorização de próteses;
- **A PTOSE MAMÁRIA:** Este procedimento se propõe a tratar a Ptose mamária ou queda da mama, exclusivamente em pacientes que foram submetidas à cirurgia bariátrica prévia, evoluindo com grande perda de volume mamário e complicações decorrentes deste processo. Também é necessário que a paciente preencha todos os critérios exigidos e perícia prévia. Nesta cirurgia não cabe a reconstrução ou autorização de próteses;

- **GINECOMASTIA:** A GINECOMASTIA é o desenvolvimento anormal da glândula mamária no homem. Apesar dos recém nascidos masculinos possuírem um broto mamário (conjunto de células com potencial para desenvolver uma glândula mamária) este broto não evolui. Entretanto em alguns pacientes este complexo anatômico pode evoluir promovendo a formação de uma glândula mamária no homem com diversos graus de diferenciação e volume. Para este caso está indicado à cirurgia da Ginecomastia, que é a extirpação da glândula mamária. Este procedimento pode ser realizado pelo Mastologista ou pelo Cirurgião Plástico.

DERMOLIPECTOMIA ABDOMINAL OU ABDOMINOPLASTIA*:

Semelhante a Ptose Mamária, a paciente submetida à cirurgia bariátrica habitualmente perde grandes cifras ponderais, promovendo um excesso de pele em diversas áreas do corpo. Dentre elas o abdome é, sem dúvida, o local de maior acúmulo de excesso de pele pós perda ponderal. Este excesso promove uma dobra da pele sobre si mesma (abdome em avental) e conseqüentemente dermatites que freqüentemente se infectam com fungos. A cirurgia do abdome em avental é coberta pelo Planserv (após a publicação do referido decreto) exclusivamente para as pacientes que foram submetidas à cirurgia bariátrica, e que preencherem a todos os critérios exigidos, além de se submeter à perícia prévia.

NOTA: Conforme orientações da sociedade de cirurgia plástica reparadora, a cirurgia de Ptose mamária não deve ser realizada em mesmo ato operatório (mesma internação) que a cirurgia de Dermolipectomia, em função de elevar os riscos e comprometer a segurança da paciente, por este motivo o Planserv não autorizará ambos os procedimentos para a mesma paciente no mesmo ato cirúrgico, podendo a mesma ser submetida a ambos procedimentos em momentos distintos.

2. OBJETIVO

- Atualizar os Valores Referenciais em Cirurgia Reparadora.
- Esclarecer e detalhar situações, ajudando na compreensão e aplicação dos valores referenciais, principalmente nos setores de auditoria e autorização.

3. JUSTIFICATIVAS

A gestão por pacote constitui-se em mecanismo regulatório do mercado de saúde suplementar que estabelece a remuneração do prestador de serviço de saúde em valores globais, estando aí contemplados os

honorários médicos, diárias, taxas hospitalares, materiais e medicamentos especiais, além dos eventos e custos relacionados ao procedimento.

São 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;
- Pesquisa de preços: Cotação e informações do Mercado Suplementar;
- Tabela Sintética Planserv;
- Rol de Procedimentos Médicos Planserv.

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 , e SADT- Rol de Procedimentos Médicos Planserv;
- Materiais e Medicamentos: Histórico de utilização das contas médicas destes procedimentos processadas ao Planserv pela rede de prestadores e valor do pacote anterior;
- OPME: Pesquisa de preço, cotação e avaliação sobre preço de compra e venda do mercado.

6. CRITÉRIOS DE ACESSO E HABILITAÇÃO DOS PRESTADORES

- Todos os prestadores contratados na especialidade de CIRURGIA REPARADORA.
- OBSº Prestadores credenciados em CIRURGIA REPARADORA estão automaticamente habilitados aos valores referenciais. Estes prestadores se não puderem ou não quiserem realizar estes valores referenciais, terão de comunicar oficialmente ao Planserv, entretanto não poderão mais realizá-los.
- Prestadores que encaminharem documento de não aceitação, serão inabilitados para realização destes procedimentos, sejam por Valor Referencial (pacotes) ou por formatação de conta aberta.
- Prestadores habilitados 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 (apartamento). Os preços de serviços hospitalares estão proporcionalizados de acordo a carteira de planos do Planserv, sendo Planos Básicos (80% da carteira) e Planos Especiais (20% 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 80%) + (Valor da Diária

de Apartamento x 20%). 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 (80% / 20%) está relacionada com a carteira de planos do Planserv, que tem aproximadamente 80% de planos básicos e 20% de planos especiais;

- A quantidade de diária e tipo de acomodação foi contemplada baseada na mediana histórica de utilização e orientação dos especialistas;
- **Honorários médicos:** Usado codificação e descritivo da CBHPM 5ª Edição (2008) e valores da 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;
- **Composição:** Cada Valor Referencial tem um quadro com “Composição do Valor Referencial” com descrição dos itens de inclusão, contudo todos os Valores Referenciais apresentam interseção dos seguintes itens de inclusão e exclusão:
 - **Itens de Inclusão:**
 - Todos os valores referenciais encerram o conjunto de procedimentos, serviços e insumos necessários a realizá-los;
 - Dentre os itens de inclusão estão: Diárias, Taxas, Gases, SADT, Honorários médicos (inclui Equipe de Cirurgia, Anestesiata e demais profissionais envolvidos na assistência como Intensivistas), materiais descartáveis e de consumo, medicamentos (inclusive antibioticoprofilaxia), OPME (Todos OPMEs necessários inclusive aqueles que são proporcionalizados pela frequência média de utilização);
 - Não serão aceitas cobranças adicionais aos valores referenciais, salvo quando no próprio corpo do documento já estiver prevista esta condição.
 - **Itens de Exclusão:** Não estão inclusos nos Valores Referenciais e poderão ser cobrados complementarmente:

- Processos dialíticos, suporte nutricional enteral e parenteral (exclui-se suplementos), antibioticoterapia, exames de Anatomia Patológica e Imunohistoquímica, Hemoderivados, e Intercorrências (ver a seguir condições específicas sobre intercorrências).

- **Intercorrências:**

- As intercorrências são agravos não esperados na evolução do paciente, e que alteram a conduta terapêutica e o próprio curso da evolução. Frequentemente, as intercorrências demandam por procedimentos, serviços e insumos não previstos, além de habitualmente prolongar a internação, promovendo um incremento de custo não esperado. Por este motivo, as intercorrências devem ser tratadas de forma excepcional, saindo dos parâmetros do pacote e evoluindo para uma cobrança em formatação de conta aberta;
- As intercorrências referidas nestes itens, capazes de alterar o pacote são: Intercorrências cirúrgicas ou clínicas que alterem de forma significativa o custo do procedimento e/ou da internação. Intercorrências de pequena complexidade sem impacto relevante no custo da internação não serão objetos para alterar o modelo de cobrança em pacote, tão pouco alterar o valor do mesmo, devendo ser consideradas um risco inerente do modelo de remuneração por pacote;
- Quando houver intercorrências após o último dia contemplado no período do pacote, o prestador deve fragmentar a cobrança, ficando: Uma primeira conta com valor integral do pacote e uma segunda conta em formatação aberta, a partir da 1ª diária após o período contemplado no pacote;
- Quando houver intercorrências no mesmo dia do procedimento que demande por grandes distorções na evolução clínica e nos custos hospitalares, o prestador deve converter o pacote em conta aberta integralmente (o pacote será cancelado), sendo necessário comunicar ao Planserv para promover a alteração dos códigos autorizados;
- Quando houver intercorrências entre o 1º dia pós-operatório e o último dia contemplado no pacote, o prestador deve segmentar a cobrança em duas contas, sendo uma conta em formatação aberta referente às diárias ocorridas a partir da intercorrência e outra conta em formato de pacote, onde deve ser cobrado o valor do pacote subtraído do valor de desconto

(dos serviços e insumos previstos e não realizados). O valor do desconto está atribuído na tabela de desconto por dia de intercorrência de cada pacote. 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 quando for o caso;
- 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-peritoniais" e "PIC - Instalação de cateter Intra-craniano" , nestes casos o Planserv

elaborou Valores Referenciais "Procedimento-Associado", 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 Rol de Procedimentos Médicos Planserv 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 permita 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 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), inclusive de unidades exclusivamente DAY.
 - 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 Mastectomia será realizado por um médico que tem credenciamento de sua pessoa jurídica habilitada ao Planserv. A cirurgia será realizada num Hospital, cuja equipe de Anestesiologia tem Cooperativa credenciada ao Planserv. A cobrança seria:

- 84.50.301-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial
- 84.30.301-8 CNPJ 999.888.777/0001-1 Cooperativa de Anestesiologista Brasil
- 84.30.301-9 CNPJ 666.555.444/0001-1 Clínicas Cirúrgicas Caymi

Comentário: No exemplo acima, o Planserv creditará 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. 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 Cirurgião 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 dos honorários médicos será da inteira responsabilidade do hospital:

- 84.30.518-7 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (Parte do Hospital)
- 84.30.518-8 CNPJ 111.222.333/0001-1 Hospital Celestial (H.M. Anestesista).
- 84.30.518-9 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 deverão estar 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;

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMBINADA OU NÃO (COM PRÓTESE E/OU RET. MIOCUTÂNEO) UNILATERAL - TARDIA.**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	Reconstrução Mamária Combinada ou Não (Com Prótese E/OU Ret. Miocutâneo) Unilateral - Tardia.	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.494-7	85.41.494-9	85.41.494-8 – CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7.

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2,5
-----	---	---------------------------	-----

- 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.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especiais (Apartamento – 20%).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602238	Reconstrução mamária com Ret. miocutâneo - unilateral	10A	100%	2	6	20%
30602262	Reconstrução da mama com prótese e/ou expansor	9C	40%	2	5	20%

- Este valor referencial deve ser utilizado nas seguintes condições: Quando o procedimento realizado for Reconstrução Mamária com utilização de retalho miocutâneo, ou Reconstrução Mamária com utilização de Prótese ou Reconstrução Mamária Combinada com utilização de Retalho Miocutâneo mais utilização de Prótese.
- Considerando que a cirurgia combinada tem remuneração diferente das demais, para efeito de cálculo da remuneração, consideramos que a cirurgia combinada será realizada em 80% dos procedimentos (como o segundo procedimento tem mesma via de acesso, percentual acrescido final foi de 40%). O percentual (80%) contemplado para cirurgia combinada é maior que a média histórica de realização no contexto das cirurgias reconstrutivas no Planserv.
- Este valor referencial só pode ser autorizado quando **NÃO** estiver associada à mastectomia, ou seja, quando a mastectomia tenha sido em outro ato operatório anterior e não no mesmo ato cirúrgico.
- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados, entre eles: Assistência Fisioterápica – 12h (01 ao dia).

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, taxa de sala complementar, Protóxido De Azoto/P/Hora, etc.

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 o valor do pacote anterior.

OPME

- Quando necessária a Prótese Mamária deverá ser autorizada complementarmente com seus respectivo código de pacote abaixo, a depender da indicação de qual prótese será utilizada.

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE PRÓTESES MAMÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
85.41.470-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA SEM EXPANSOR	R\$ 1.300,00
85.41.471-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA COM EXPANSOR	R\$ 4.500,00

OBS

- Este Valor Referencial só poderá ser autorizado posterior à mastectomia (em outra internação).

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMBINADA (PRÓTESE + MIOCUTÂNEA) UNILATERAL E TARDIA.

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	302,50	385,00	399,00	412,50	426,50	440,00
Taxas	286,00	506,00	506,00	660,00	781,00	781,00
SADT	75,00	87,50	100,00	112,50	125,00	125,00
Gases	137,50	137,50	137,50	137,50	137,50	137,50
Medicamentos	1.053,21	1.053,21	1.053,21	1.053,21	1.053,21	1.244,70
Materiais	1.423,99	1.423,99	1.423,99	1.423,99	1.423,99	1.682,89
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	3.278,20	3.593,20	3.619,70	3.799,70	3.947,20	4.411,10
Honorários Médicos da Equipe	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81

Tabela de Intercorrências:

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

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	1.471,30	1.528,30	1.544,20	1.559,80	1.575,70	1.583,80
3º Dia Internação	490,43	509,43	514,73	519,93	525,23	527,93

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMBINADA OU NÃO (COM PRÓTESE E/OU RET. MIOCUTÂNEO) UNILATERAL - IMEDIATA.**COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL**

NOME DO PROCEDIMENTO	Reconstrução Mamária Combinada ou Não (Com Prótese E/OU Ret. Miocutâneo) Unilateral - Imediata.	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.492-7	85.41.492-9	85.41.492-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7.

DIÁRIAS

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

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Os procedimentos associados não contemplam diárias, as diárias já estão contempladas no procedimento principal.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602238	Reconstrução Mamária com Ret. miocutâneo - unilateral	10A	100%	2	6	20%
30602262	Reconstrução da mama com prótese e/ou expansor	9C	40%	2	5	20%

- Este valor referencial deve ser utilizado nas seguintes condições: Quando o procedimento realizado for Reconstrução Mamária com utilização de retalho miocutâneo, ou Reconstrução Mamária com utilização de Prótese ou Reconstrução Combinada com utilização de Retalho Miocutâneo mais utilização de Prótese.
- Considerando que a cirurgia combinada tem remuneração diferente das demais, para cálculo da remuneração, consideramos a mesma proporção do Valor Referencial da Reconstrução Mamária Combinada ou Não - Tardia (80%).
- Este procedimento deve ser autorizado quando for associado a mastectomia (em mesmo ato operatório).
- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Não foram contemplados SADT, todos os SADTs foram contemplados no procedimento principal.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados neste valor referencial e no valor referencial do procedimento principal, entre eles: Taxa de Sala Porte 06, taxa de sala complementar, Protóxido De Azoto/P/Hora, etc.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO

- Todos os medicamentos e materiais necessários ao procedimento foram contemplados neste valor referencial e no valor referencial do procedimento principal.
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica e o valor do pacote anterior.

OPME

- A Prótese mamária poderá ser autorizada complementarmente com seus respectivo código de pacote abaixo, a depender da indicação de qual prótese será utilizada.

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE PRÓTESES MAMÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
85.41.470-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA SEM EXPANSOR	R\$ 1.300,00
85.41.471-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA COM EXPANSOR	R\$ 4.500,00

OBS

- Este procedimento deve ser autorizado quando for associado à mastectomia (em mesmo ato operatório).

- Este procedimento só contempla os honorários médicos e conjunto de insumos e serviços adicionais da cirurgia reconstrutiva. Os custos gerais da internação está contemplado no Valor Referencial principal (Mastectomia)

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMBINADA OU NÃO (COM PRÓTESE E/OU RET. MIOCUTÂNEO) UNILATERAL - IMEDIATA.

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	-	-	-	-	-
Taxas	26,00	46,00	46,00	60,00	71,00	71,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00	300,00
Materiais	650,00	650,00	650,00	650,00	650,00	650,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.031,00	1.051,00	1.051,00	1.065,00	1.076,00	1.076,00
Honorários Médicos da Equipe	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81	1.523,81

SIMETRIZAÇÃO DA MAMA CONTRA-LATERAL – ISOLADA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	Simetriação de Mama Contra-lateral - Isolada	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.423-7	85.41.423-9	85.41.423-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7.

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodados em apartamentos.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especiais (Apartamento – 20%).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602173	Mastoplastia em mama oposta após reconstrução contralateral	8A	100%	1	5	20%

- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases 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 o valor do pacote anterior.

OPME

- A Prótese mamária poderá ser autorizada complementarmente com seus respectivo código de pacote abaixo, a depender da indicação de qual prótese será utilizada.

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE PRÓTESES MAMÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIPTIVO	VALOR
85.41.470-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA SEM EXPANSOR	R\$ 1.300,00
85.41.471-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA COM EXPANSOR	R\$ 4.500,00

OBS

- Este procedimento só poderá ser autorizado em internação separada da Mastectomia ou da reconstrução mamária extirpada. Em situações onde este procedimento for realizado juntamente com outro ato operatório, seja a mastectomia seja a Reconstrução Mamária, o valor Referencial que deve ser utilizado é a "Simetriação de Mama Contra-lateral – *Procedimento Associado*".

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE
SIMETRIZAÇÃO DE MAMA CONTRA-LATERAL

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	181,50	231,00	239,40	247,50	255,90	264,00
Taxas	180,00	320,00	330,00	420,00	510,00	510,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00
Materiais	883,20	883,20	883,20	883,20	883,20	883,20
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	1.954,70	2.144,20	2.162,60	2.260,70	2.359,10	2.367,20
Honorários Médicos da Equipe	631,49	631,49	631,49	631,49	631,49	631,49

Tabela de Intercorrências:

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	493,53	512,53	517,83	523,03	528,33	531,03

SIMETRIZAÇÃO DE MAMA CONTRA-LATERAL – PROCEDIMENTO ASSOCIADO

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	Simetriação de Mama Contra-lateral – Procedimento Associado	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.493-7	85.41.493-9	85.41.493-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

- Prestadores hospitalares, independente da classe, utilizarão o mesmo código terminado em 7.

DIÁRIAS

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

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- Os procedimentos associados não contemplam diárias, as diárias já estão contempladas no procedimento principal.

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602173	Mastoplastia em mama oposta após reconstrução da contralateral	8A	70%	1	5	20%

- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Não foi contemplado SADT neste procedimento, os SADTs foram contemplados dentro do procedimento principal.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados neste valor referencial e no valor referencial do procedimento principal, 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 e no valor referencial do procedimento principal. Especificamente, este valor referencial contempla os insumos complementares ao procedimento principal.
- Nenhum medicamento ou material poderá ser cobrado complementarmente, salvo em condições previstas;
- O cálculo do valor levou em consideração a média histórica e o valor do pacote anterior.

OPME

- A Prótese mamária poderá ser autorizada complementarmente com seus respectivo código de pacote abaixo, a depender da indicação de qual prótese será utilizada.

COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE PRÓTESES MAMÁRIAS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	VALOR
85.41.470-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA SEM EXPANSOR	R\$ 1.300,00
85.41.471-7	PRÓTESE MAMÁRIA DEFINITIVA COM EXPANSOR	R\$ 4.500,00

OBS

Este valor referencial deve ser autorizado quando a simetriação for realizada em mesmo ato operatório da cirurgia da mastectomia ou da reconstrução da mama extirpada.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**PROC. ASSOC - SIMETRIZAÇÃO DE MAMA CONTRA-LATERAL**

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	-	-	-	-	-	-
Taxas	18,00	32,00	33,00	42,00	51,00	51,00
SADT	-	-	-	-	-	-
Gases	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00	55,00
Medicamentos	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00
Materiais	450,00	450,00	450,00	450,00	450,00	450,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	773,00	787,00	788,00	797,00	806,00	806,00
Honorários Médicos da Equipe	631,49	631,49	631,49	631,49	631,49	631,49

TRATAMENTO DA GIGANTOMASTIA BILATERAL

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	Tratamento Da Gigantomastia Bilateral	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.424-7	85.41.424-9	85.41.424-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	1,5
-----	---	---------------------------	-----

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especiais (Apartamento – 20%).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602122	Correção da hipertrofia mamária - unilateral	9B	100%	2	5	20%
30602122	Correção da hipertrofia mamária - unilateral	9B	70%	2	5	20%

- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Taxa de Sala Compl. 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, gabarito de insumos.

OPME

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

OBS

- O tratamento da Gigantomastia só é coberto pelo Planserv após perícia médica e preenchimento dos requisitos exigidos.

**COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE
TRATAMENTO DA GIGANTOMASTIA BILATERAL**

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	181,50	231,00	239,40	247,50	255,90	264,00
Taxas	198,00	352,00	363,00	462,00	561,00	561,00
SADT	45,00	52,50	60,00	67,50	75,00	75,00
Gases	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00
Medicamentos	643,00	643,00	643,00	643,00	643,00	707,30
Materiais	1.250,00	1.250,00	1.250,00	1.250,00	1.250,00	1.250,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	2.482,50	2.693,50	2.720,40	2.835,00	2.949,90	3.022,30
Honorários Médicos da Equipe	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22

Tabela de Intercorrências:

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	606,72	625,72	631,02	636,22	641,52	644,22

CORREÇÃO DA PTOSE MAMÁRIA BILATERAL – PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL		
NOME DO PROCEDIMENTO	Correção da Ptose Mamária Bilateral – Pós Cirurgia Bariátrica	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.425-7	85.41.425-9	85.41.425-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especiais (Apartamento – 20%).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30602122	Correção da hipertrofia mamária - unilateral	9B	100%	2	5	20%
30602122	Correção da hipertrofia mamária - unilateral	9B	70%	2	5	20%

- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Compl. 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 o valor do pacote anterior.

OPME

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

OBS

- A Correção da Ptose Mamária só é coberta pelo Planserv em pacientes que tenham sido submetidas previamente à cirurgia bariátrica, e que após grande perda ponderal tenham ficado com excesso na mama.
- A autorização para este procedimento carece de perícia prévia e preenchimento dos requisitos exigidos.
- Para esta cirurgia o Planserv não oferece cobertura de prótese mamária.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE

CORREÇÃO DA PTOSE MAMÁRIA BILATERAL – PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	242,00	308,00	319,20	330,00	341,20	352,00
Taxas	198,00	352,00	363,00	462,00	561,00	561,00
SADT	60,00	70,00	80,00	90,00	100,00	100,00
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	600,00	600,00	600,00	600,00	600,00	660,00
Materiais	1.190,00	1.190,00	1.190,00	1.190,00	1.190,00	1.190,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	2.400,00	2.630,00	2.662,20	2.782,00	2.902,20	2.973,00
Honorários Médicos da Equipe	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22	1.602,22

Tabela de Intercorrências:

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	485,75	504,75	510,05	515,25	520,55	523,25

DERMOLIPECTOMIA PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

COMPOSIÇÃO DO VALOR REFERENCIAL

NOME DO PROCEDIMENTO	Dermolipectomia Para Correção de Abdomen em Avental Pós Cirurgia Bariátrica	
Código Principal (Parte Hospitalar)	Código - Honorários Cirúrgicos	Código - Honorários de Anestesiologia
85.41.402-7	85.41.402-9	85.41.402-8 - CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE

DIÁRIAS

UTI	0	UNIDADE COMPOSTA (ABERTA)	2
-----	---	---------------------------	---

- Conforme as Orientações Gerais deste documento, os pacientes de plano básico deverão ser acomodados em unidades de enfermaria, enquanto pacientes de plano especial deverão ser acomodado em apartamentos.
- No cálculo das diárias de unidade composta foi contemplado a proporcionalização da carteira de planos básicos (enfermaria - 80%) e planos especiais (Apartamento – 20%).

HONORÁRIOS MÉDICOS

CÓDIGO/CBHPM	NOME DO PROCEDIMENTO	Porte	%	AUX	ANES	BANDA
30101271	Dermolipectomia para correção de abdome em avental	9C	100%	2	5	-20%

- Para efeito de cálculo foi considerado banda de +20% da CBHPM e a proporcionalização da carteira de planos (80% enfermaria e 20% apartamento).

SADT

- Todos os SADTs foram contemplados.

TAXAS E GASES

- Todas as taxas, serviços e gases foram contemplados, entre eles: Taxa de Sala Porte 05, Taxa de Sala Compl. 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 o valor do pacote anterior.

OPME

- Não foi contemplado OPME neste procedimento.

OBS

- A Dermolipectomia só é coberta pelo Planserv em pacientes que tenham sido submetidas à cirurgia bariátrica, e que após grande perda ponderal tenham ficado com excesso de pele na região do abdome (abdome em avental).
- A autorização para este procedimento carece de perícia prévia e preenchimento dos requisitos exigidos.

COMPOSIÇÃO FINAL DO PACOTE**DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDOMEN EM AVENTAL PÓS CIRURGIA BARIATRICA**

SEGMENTO DA CONTA	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Diárias	302,50	385,00	399,00	412,50	426,50	440,00
Taxas	198,00	352,00	363,00	462,00	561,00	561,00
SADT	75,00	87,50	100,00	112,50	125,00	125,00
Gases	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
Medicamentos	657,79	657,79	657,79	687,69	717,59	747,49
Materiais	1.265,00	1.265,00	1.322,50	1.322,50	1.495,00	1.495,00
OPME	-	-	-	-	-	-
Sub-Total (Parte Hospitalar)	2.608,29	2.857,29	2.952,29	3.107,19	3.435,09	3.478,49
Honorários Médicos da Equipe	1.037,52	1.037,52	1.037,52	1.037,52	1.037,52	1.037,52

Tabela de Intercorrências:

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

Tabela de Desconto /Dia da Intercorrência	Classe F	Classe E	Classe D	Classe C	Classe B	Classe A
Dia da Cirurgia	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR	Abre VR
2º Dia Internação	771,32	809,32	819,92	830,32	840,92	846,32

12. QUADRO GERAL DOS VALORES REFERENCIAIS

PROCEDIMENTO	HM CIRURGIA	HM ANESTESISTA	HOSP F	HOSP E	HOSP D	HOSP C	HOSP B	HOSP A
Reconstrução Mamária Combinada ou Não (Com Prótese E/OU Ret. Miocutâneo) Unilateral - Tardia.	85.41.494-9	85.41.494-8	85.41.494-7	85.41.494-7	85.41.494-7	85.41.494-7	85.41.494-7	85.41.494-7
	1.523,81	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	3.278,20	3.593,20	3.619,70	3.799,70	3.947,20	4.411,10
Reconstrução Mamária Combinada ou Não (Com Prótese E/OU Ret. Miocutâneo) Unilateral - Imediata.	85.41.492-9	85.41.492-8	85.41.492-7	85.41.492-7	85.41.492-7	85.41.492-7	85.41.492-7	85.41.492-7
	1.523,81	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	1.031,00	1.051,00	1.051,00	1.065,00	1.076,00	1.076,00
Simetrização de Mama Contra-lateral - Isolada	85.41.423-9	85.41.423-8	85.41.423-7	85.41.423-7	85.41.423-7	85.41.423-7	85.41.423-7	85.41.423-7
	631,49	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	1.954,70	2.144,20	2.162,60	2.260,70	2.359,10	2.367,20
Simetrização de Mama Contra-lateral – Proced. Associado	85.41.493-9	85.41.493-8	85.41.493-7	85.41.493-7	85.41.493-7	85.41.493-7	85.41.493-7	85.41.493-7
	631,49	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	773,00	787,00	788,00	797,00	806,00	806,00
Tratamento Da Gigantomastia Bilateral	85.41.424-9	85.41.424-8	85.41.424-7	85.41.424-7	85.41.424-7	85.41.424-7	85.41.424-7	85.41.424-7
	1.602,22	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.482,50	2.693,50	2.720,40	2.835,00	2.949,90	3.022,30
Correção da Ptose Mamária Bilateral – Pós Cirurgia Bariátrica	85.41.425-9	85.41.425-8	85.41.425-7	85.41.425-7	85.41.425-7	85.41.425-7	85.41.425-7	85.41.425-7
	1.602,22	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.400,00	2.630,00	2.662,20	2.782,00	2.902,20	2.973,00
Dermolipectomia Para Correção de Abdomen em Avental Pós Cirurgia Bariátrica	85.41.402-9	85.41.402-8	85.41.402-7	85.41.402-7	85.41.402-7	85.41.402-7	85.41.402-7	85.41.402-7
	1.037,52	CONSULTAR VR DA ESPECIALIDADE	2.608,29	2.857,29	2.952,29	3.107,19	3.435,09	3.478,49